

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 119

Juliol del 2016

HOSPITAL DE SANTA MARIA



**Projecte SOL,
l'odontologia
solidària**

Garanteixi els seus ingressos en cas que no pugui treballar durant un temps



Indemnització de 2.100 €/mes per 315,50 €/any*

Amb l'assegurança de baixa laboral rebrà el subsidi que hagi contractat quan estigui incapacitat transitòriament per exercir la seva activitat professional degut a una malaltia o accident.



POSSIBILITAT DE COBRAR DES DEL PRIMER DIA DE BAIXA
i fins a un màxim de 18 mesos



COBERTURA DE CONTAGI ACCIDENTAL DE VIH
en l'àmbit professional



POSSIBILITAT DE CONTRACTAR AMPLIS LÍMITS DE CAPITAL

A propòsit del botulisme

Es brots de botulisme són infreqüents, però en qüestions de salut pública és necessari un ràpid reconeixement que permeti identificar l'origen de la malaltia, tant si ha estat natural com accidental o deliberada, prevenir nous casos i tractar eficaçment les persones afectades.

Com sabem, l'èxit del tractament depèn del diagnòstic precoç i de l'administració de l'antitoxina botulínica. La vigilància i la detecció i l'avaluació de riscos són importantíssimes, segons l'OMS.

La intoxicació de dos bombers de Palafrugell, que van menjar una conserva industrial en mal estat, ha posat aquesta qüestió damunt la taula en un moment en què la societat tenia la falsa percepció que era una patologia eradicada. El cert és que es continuen produint intoxicacions per toxina botulínica, encara que són excepcionals els casos ocasionats per aliments processats. Però les malalties en l'àmbit domèstic són les més freqüents, tot i que no tenen ressò mediàtic.

S'ha perdut la transmissió oral familiar sobre l'elaboració i el consum de productes en conserva? Sembla que, anys enrere, les famílies transmetien més i millors coneixements bàsics sobre la necessitat de bullir els aliments a temperatures elevades i de rebutjar llaunes d'aparença dubtosa.



Evolució de la Medicina Rural en el Baix Segre

A càrrec del Dr. Manuel Camps Surroca **08**

La malaltia per virus del Zika

Article del Dr. Pere Godoy, cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica a Lleida **15**

Salut pública i salut laboral

Informació sobre la gestió de les malalties relacionades amb el treball elaborada per Ferran Pellisé, les doctores Puiggené, Mòdol, Miró i Infante, i els doctors Palacín i Pujol **21**

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.comll.es> · butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Bieto Campos Garcia
Joan Carrera Guiu

Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsóna
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Bea Fort Pelay
Josep M. Greoles Solé

Mària Irigoyen Ontiñano
Aurora López Gil
Alba López Pérez
Iñigo Lorente Doria
Xavier Matias-Guiu
Mercè Matinero Tort

Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñasca Pujol
Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA



X Jornada Pneumològica de les Terres de Ponent

La X Jornada Pneumològica de les Terres de Ponent es va celebrar el dia 26 de maig a la sala de Graus de la Unitat Docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). Els objectius de la jornada van ser els mateixos que en edicions anteriors, és a dir, retrobament entre la pneumologia hospitalària i la primària per actualitzar temes d'interès comú, millora de determinades habilitats primordials en el camp de la pneumologia i presentació de les últimes novetats en el camp de la recerca. Aquest any, amb la particularitat que es va elaborar un programa més ambiciós amb la participació de ponents de gran renom amb motiu de la celebració del desè aniversari.

Com l'any passat, es podia participar en dos dels tallers proposats, en resposta a l'interès ascendent dels assistents per aquesta modalitat formativa.

Amb rigorosa puntualitat, les jornades van ser inaugurades pel Dr. Ferran Barbé, cap del Servei de Pneumologia de l'HUAV, i la Dra. Núria Nadal, directora d'Atenció Primària a l'àmbit Lleida, que va emfatitzar la trajectòria científica al llarg d'aquests anys, amb la participació de nombroses especialitats, com a mostra del caràcter obert de les jornades.

La primera ponència va afrontar l'ansietat i la depressió en els malalts amb MPOC, a càrrec del Dr. Josep Mont-

serrat, metge de Família de l'ABS del Pla d'Urgell, i moderada pel Dr. Tomàs Alonso, metge de Família de l'ABS de Balaguer i la Dra. María Irigoyen, del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria (HUSM). En resum, l'ansietat i la depressió (A/D) poden augmentar el risc d'hospitalització en els malalts amb MPOC. No obstant això, la relació de l'A/D i altres factors amb l'agudització-MPOC és complexa, ja que hi influeixen diferents factors, com la presentació clínica, factors biològics i els relacionats amb els pacients. Caldria fer un cribatge periòdic per A/D en els malalts amb MPOC per poder diagnosticar l'A/D precoçment i poder fer un tractament adequat (teràpia cognitiva-conductual o farmacològica) per minimitzar el risc d'agudització-MPOC.

A continuació, la Dra. Bea Enrich, metgessa de Família del Centre Penitenciari Ponent, i la Dra. Silvia Gómez, del Servei de Pneumologia de l'HUAV, van moderar la segona sessió amb el títol Afeccions pulmonars, sentinella de la infecció per VIH, a càrrec del Dr. Pere Domingo, cap del Servei de Malalties Infeccioses de l'HUSM i l'HUAV de Lleida. En la seva exposició, va emfatitzar la necessitat de sospitar la infecció per HIV i seguir testant els pacients de risc, perquè és cost-efectiu en la mortalitat, la morbiditat i la transmissió. La sida ha passat de ser

Dr. Ferran Barbé i Dra. Núria Nadal en la presentació de la jornada



La trobada celebrava enguany el seu desè aniversari

El Dr. Ferran Barbé i la Dra. Núria Nadal van inaugurar la jornada

S'hi van presentar 7 treballs en comunicació oral

una malaltia mortal a ser una malaltia controlable, si se'n fa la teràpia adequada. Malgrat tot, continua sent en la realitat un problema epidemiològic greu a la nostra comunitat, perquè hi ha aproximadament un 25% de casos infectats pel HIV sense detectar, que continuen contagiant altres individus.

Les patologies respiratòries relacionades amb el VIH bàsicament són tuberculosi, pneumònia per pneumocistis Jirovecii, pneumònia recurrent, MAC lung disease, histoplasmosi, herpes simple, candidiasi extensa i pneumònia adquirida a la comunitat.

Tot seguit, la Dra. Virginia Sánchez, metgessa de Família de l'ABS del Pla d'Urgell, i el Dr. Manel Vilà, del Servei de Pneumologia de l'HUAV, van moderar la sessió Malaltia pulmonar intersticial. El paper d'atenció primària en el diagnòstic precoç, a càrrec de la



Imatge general del públic

Dra. Maria Molina, de la unitat funcional d'interstici pulmonar de l'Hospital Universitari de Bellvitge. La malaltia pulmonar intersticial (MPID) engloba més de 150 entitats que cursen amb fibrosi pulmonar. La més característica és la fibrosi pulmonar idiopàtica (FPI). Cal sospitar-la en qualsevol pacient de mitjana edat que consulta per tos seca i dispnea. És molt característic que la tos s'incrementi amb el riure i l'exercici. El metge d'Atenció Primària té la missió fonamental de sospitar-la, perquè el diagnòstic diferencial és complex i necessita experts. El tractament farmacològic és efectiu en la fase lleu-moderada i els fàrmacs més utilitzats són la Pirfenidona i el Nintedanib.

Com que la majoria de pacients arribaven a la unitat en fase avançada, van crear un circuit de diagnòstic

ràpid juntament amb Atenció Primària. Amb això, han aconseguit que el 85% dels diagnòstics que fan en l'actualitat siguin en fase lleu-moderada. En resum, es pot dir que el tractament dirigit en FPI i altres MPID ja és possible. El treball de la mà de primària és primordial. Cal no arribar tard al tractament (farmacològic o no) i evitar interaccions per reduir els riscos del maneig del final de la vida.

Després d'una pausa, es va continuar amb els tallers proposats:

Taller sobre Interpretació Avançada en Proves Funcionals Respiratòries. Dra. M^a Asunción Seminario, del Servei de Pneumologia de l'HUAV de Lleida. Basat en l'exercici pràctic en la interpretació de l'espirometria.

Taller de Radiologia Toràcica. Dr. José Miguel Duran, pneumòleg de la Clínica Perpetuo Socorro de Lleida. »»



Taula del Dr. Pere Domingo



Taula de la Dra. Maria Molina



Ponent Dr. Juan José Soler-Cataluña.

Lliurats els premis dels concursos artístics dels Col·legis de Metges a Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va ser l'amfitrió del lliurament de premis dels concursos artístics per a professionals jubilats que convoquen anualment els Col·legis de Metges de Catalunya. La setzena edició d'aquesta convocatòria es va celebrar el 18 de maig i es va iniciar amb una trobada dels assistents al Museu de Lleida. Després de visitar el museu lleidatà, va tenir lloc l'acte de lliurament de premis a l'Institut Municipal d'Acció Cultural (antic Casal d'ERC). L'acte



El president del COMLL amb els delegats de la resta de col·legis catalans

va estar presidit pel Dr. Ramon Mur, president del COMLL, acompanyat per la Dra. Mercè Tor, en representació de l'Ajuntament de Lleida; el delegat del Col·legi de Tarragona, Dr. Jaume Fontanet; el delegat del Col·legi de Girona, Dr. Joan Marqués, i el de Barcelona, Dr. Manuel Sans. La periodista Mariví Chacón va conduir el lliurament.

Els guanyadors dels concursos artístics van ser els següents:

Poesia: Dr. Francisco Miró García, amb el poema Buscando la vida
Narrativa breu: Dr. Eduard Prats Alonso, amb l'obra ARA-TAKE
Dibuix i pintura: Dr. Frederic Ribes Quer, amb l'obra Vista des de l'estudi de pintura a la primavera

Fotografia: Dr. Esteve López, amb l'obra Delta de l'Ebre

Posteriorment, els assistents van dinar al restaurant El Mirador del Segre.

Un cop acabat el dinar, un dels grups acompanyat per la presidenta de la Secció de Metges Jubilats del COMLL, Dra. Aurora López, va visitar la Seu Vella.

Les obres guanyadores es poden consultar a <http://metgeshonorifics.jimdo.com>.



Acte de lliurament dels premis

► Orientat a la interpretació de la radiologia de tòrax.

Taller de Tractament Pal·liatiu del Pacient amb Malaltia Respiratòria Avançada. Dra. Maria Nabal, de la UFISS de l'HUAV. Orientat a la resolució dels problemes que apareixen en la fase final de la malaltia a través de casos clínics. Aquests pacients presenten una dispnea important, amb ansietat no controlada malgrat rebre el màxim tractament. En aquest cas, està indicat l'ús de morfina i benzodiazepines.

Taller sobre Rinitis i Síntomes de la Via Aèria Superior. Dr. Antonio Ruiz, del Servei d'Otorinolaringologia de l'HUAV. Orientat a identificar i resoldre els símptomes i els signes més freqüents de la via aèria superior que s'atenen a les consultes d'Atenció Primària.

Taller de Teràpia Inhalada. DUI M. Mercè Lavega i DUI Estela Jiménez-Mena, de l'ABS Primer de Maig de Lleida. Exercici pràctic dels diversos sistemes d'inhalació, tipus, tècniques i instruccions d'utilització.

Finalitzats els tallers, el Dr. Joan Clotet, metge de Família de l'ABS de Ponts, i el Dr. Luis Fernando Casas, del Servei de Pneumologia de l'HUAV, van moderar la conferència de clausura, que va anar a càrrec del prestigiós

Dr. Juan José Soler Cataluña, cap del Servei de Pneumologia de l'Hospital Arnau de Vilanova de València, amb el títol MPOC. El camí cap a la medicina personalitzada. Segons l'autor, "l'MPOC és una malaltia enormement heterogènia i molt complexa amb:

- Múltiples dimensions més enllà del FEV1.
- Comorbiditats associades.
- Xarxes metabòliques, proteíniques i moleculars subjacents molt complexes.
- Consideracions socials i comunitàries.

Ens trobem en un "trànsit" des de la medicina tradicional fins a la medicina personalitzada, segons l'esquema següent:

GOLD: models d'atenció multidimensional → GesEPOC: fenotips clínics → Característiques tractables: El següent pas? → Medicina P4: un futur no tan llunyà.

Es coneix com a medicina P4 la Medicina Predictiva (noves eines diagnòstiques de precisió), Preventiva (centrada en el benestar), Personalitzada (a través de la biologia dels sistemes i eines genòmiques) i Participativa (pacient format i participatiu en l'autocura i atenció en el lloc on prefereix el pacient).

Finalment, el Dr. Oriol Yuguero,

metge de Família del Servei d'Urgències de l'HUAV, i la Dra. Cecilia Turino, del Servei de Pneumologia de l'HUAV, van moderar la presentació i defensa de les comunicacions orals lliures.

Aquest any, el Comitè Científic de la X Jornada va acceptar 7 treballs, dels quals es van presentar en comunicació oral els tres més rellevants, segons l'ordre següent:

1) Colistina inhalada en bronquiectàsies. Presentat per la Dra. Tatiana Guadalupe Castañeda Matto, de l'HUAV. Altres autors: Ricard Pifarré Teixido, Purificació Ges Florensa i Manel Vilà Justribó.

2) Detecció de MPOC en fumadors d'alt risc segons la presència de símptomes. Presentat pel Dr. Joan Clotet, de l'ABS de Ponts. Altres autors: T. Alonso Sancho*, M. M. Lavega Llorens**, I. Gómez Companys**, N. Roquet Culleré**, M. Vidal Ballesté**.

3) Adherència al tractament amb colistina. Presentat per la Dra. Tatiana Guadalupe Castañeda Matto, de l'HUAV. Altres autors: Ricard Pifarré Teixido, Purificació Ges Florensa, Manel Vilà Justribó.

Finalment, el Dr. Ferran Barbé va dirigir unes paraules d'agraïment a tots els assistents, ponents i col·laboradors, i va fer una proposta de canvi per a la propera edició.

Acords de la Junta de Govern del COMLL del 20 de març al 28 de juny

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) en les seves sessions celebrades entre el 20 de març i el 28 de juny ha acordat i tractat, entre d'altres, els següents assumptes:

- En el març del III Pla Municipal de Polítiques d'Igualtat de Gènere de Lleida de l'Ajuntament de Lleida, nomenar la Dra. Margarita Puigdevall representant del Col·legi Oficial de Metges de Lleida a la Comissió de Salut i Benestar.
- Signar el contracte d'arrendament d'un dels habitatges propietat del Col·legi a l'edifici número 16 de la rambla d'Aragó de Lleida. Així mateix, es va informar

que s'ultima el contracte d'arrendament de l'altre habitatge propietat també del COMLL.

- Atorgar una ajuda econòmica a la V Jornada d'Actualització Mèdica que es va celebrar el passat 4 de juny a la localitat de Montellà.

- Informar sobre la comissió que tindrà com a objecte l'estudi, l'avaluació i la formulació de propostes per a un possible canvi de la seu col·legial. Aquesta comissió està actualment en fase de formació.

- Adoptar l'acord per a la signatura d'un conveni de col·laboració entre CEPSA Card i el COMLL.

- Adoptar l'acord d'auditar els comptes col·legials corresponents a l'exercici del 2015.

- Adoptar l'acord de felicitar el Dr. Francesc Purroy, vocal de la Junta de Govern del COMLL, per haver estat elegit president de la Societat Catalana de Neurologia.

Moviment col·legial de maig i juny del 2016

El COMLL ha registrat 50 altes durant els mesos de maig i juny de 2016: Cristina Pont Vives, Lorena Solé González, Berta Gasol Cudós, Elena Estarán Silván, Antonio Ortega Abad, Adrià Esplugues Vidal, Maria Isabel Miguel Salas, Immaculada Calaf Vall, Maria Planella Cornudella, Yasmina Pulido Terrado, Laura Arbonés Cid, Ana Isabel Pinillos Somalo, Ismael Julio Zúñiga Palomino, Adrián Rodrigo Bordas Pérez, Pau Solé Florensa, Marc Agraz Bota, Laura Maria Oncins Antúnez, Héctor Fabián Acosta, Sabrina Cuevas Gerez, Sandra Rodríguez Calvo, Ignacio Amyad Raduan Munem, Joel Rafael Veas Rodríguez, Maria Lemes Arrocha, Ana Domingo Ruiz, Marta Calahorra Espes, Scarlett Vanesa Soto Prado, Mireia Villalta Martí, Esteban Pascual Viciano Nieto, Mariona Mendo Culleré, Cristina Cazorla Sánchez, Maria Sílvia Mateo Arenas, Dorian Ionut Cio-

banu, Maria Mercedes García Domínguez, Josep Maria de Bergua Domingo, Ljubica Mónica Sarmiento Marasovic, Gastón José Araujo Espinoza, Cristina Pantoja Peralta, Emilia Blanco Ponce, Laura Villalba Cortés, Juliana M. Porque Romero, Ingrid Penagos Saavedra, Marta Hernández Andreu, Carlota Johana Catalina Lazo Uslar, Natalia Giménez González, Yvan Enrique Sánchez Sánchez, Luis Martín del Barco Díez Canseco, Judith Angel Solà, Johana Mercado de la Cruz, Daniel Alberto Ortín Pérez i Emilio Santos Leal

BAIXES

El Col·legi ha registrat 14 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de maig figuren les defuncions dels Drs. Serafín Camats Vila i José María Benedí Ilarri

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Santiago Roura Mas, Paul A. Canales Corzo, José Ángel Figuerol Corvino, Pere Baró Ros i Núria Peruga Babot
Total col·legiats el 30/6/2016: 1.787

Cursos del COMLL sobre estadística bàsica i actualització en radiologia

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) organitza dos nous cursos per a col·legiats i estudiants de Medicina. Les activitats presencials tindran lloc a la seu col·legial.

Introducció al programa RStudio

La Dra. Montserrat Martínez Alonso, bioestadística a l'IRBLleida i professora associada de la Universitat de Lleida, impartirà aquest curs d'estadística bàsica aplicada a la recerca mèdica. El curs s'iniciarà el 5 d'octubre i finalitzarà el 2 de novembre, amb 10 hores presencials i 10 hores a distància, i està acreditat amb 1,5 crèdits.

L'import és de 60 € per als metges adjunts, 30 € per als MIR i 30 € per als estudiants. Les places són limitades i cal inscripció prèvia. Més informació a la web del COMLL.

Actualització en radiologia

El Dr. Ivan Aguirregoicoa impartirà aquest curs de l'1 al 28 de setembre en 5 sessions de les 17 a les 20 hores. El curs està acreditat amb 2,4 crèdits i disposa de 50 places.

L'import és de 50 € per als metges adjunts, 30 € per als MIR i 30 € per als estudiants. Més informació a la web del COMLL.

Curs d'especialista universitari en acompanyament del dol

La Universitat de Lleida organitza un curs presencial d'especialista universitari d'acompanyament del dol per a diplomats i llicenciats en Ciències de la Salut, Ciències de l'Educació i Camp Socials, a més de persones provinents del voluntariat. El curs, que coordina la Dra. Montse Esquerda, tindrà lloc del 21 d'octubre d'enguany al 7 d'octubre del 2017, i disposa de 50 places.

Més informació i inscripcions a <http://www.cfc.udl.cat/fc/curso.php?codi=1421>.

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA 973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

Evolució de la Medicina Rural al Baix Segre a través del temps

El Dr. Manel Camps Surroca va cloure el 10 de maig el curs 2015-2016 de l'Aula Universitària d'Alcarràs amb la conferència Evolució de la Medicina Rural al Baix Segre a través del temps. BUTLLETÍ MÈDIC us n'ofereix el resum.

Resum de la conferència

L'exercici de la medicina ha sofert en els últims anys una profunda transformació, fins al punt que el podríem simplificar en antic i modern. La formació dels antics era àmplia (feien més coses) i molt menys especialitzada que la dels d'ara. No disposaven de tècniques precises i les úniques armes per saber què passava dins del cos humà eren la vista per veure el color de la pell, les mans per palpar els òrgans del ventre i l'oïda per escoltar els sorolls del cor, però sobretot les queixes dels malalts, que no són res més que l'expressió del dolor, els neguits i les pors que produeix la malaltia.

Havien de desenvolupar sobretot aquest últim sentit, no solament per poder diagnosticar, sinó també per entendre les malalties i la repercussió d'aquestes en la vida íntima del malalt i de la seva família. Màxim Gorki, escriptor rus del segle XIX i començaments del XX, en un dels seus llibres va escriure el següent paràgraf: "M'agrada veure que coneixes el camí per arribar al cor humà. Davant de vostè, la persona obre el seu cor sense timidesa, sense recel; davant de vostè, l'ànima es destapa per si sola." Aquesta frase es pot aplicar als metges de capçalera antics, que amb el seu treball aconseguien obrir l'ànima dels malalts, cosa que no solament contribuïa molt a poder fer el diagnòstic amb els símptomes que aquests els explicaven, sinó que també beneficiava les dues parts: aquells enriquien el seu esperit i el coneixement de l'home, i aquests alleugerien el seu patiment, perquè el sol fet de destapar l'ànima allibera la por que acompanya sempre la malaltia i tortura la ment.

Els malalts anaven a visitar-se a la mateixa casa familiar del metge, i aquest anava a les cases dels malalts, generalment dues vegades al dia, tal com dictava la norma clàssica. Més familiar que aquest procediment només hi ha la família.

Al començament dels noranta es va inaugurar a Alcarràs un procediment diferent, que era visitar fora de casa, en un consultori municipal que va construir l'Ajuntament preveient que la medicina estava canviant i que era necessari posar-se al dia.

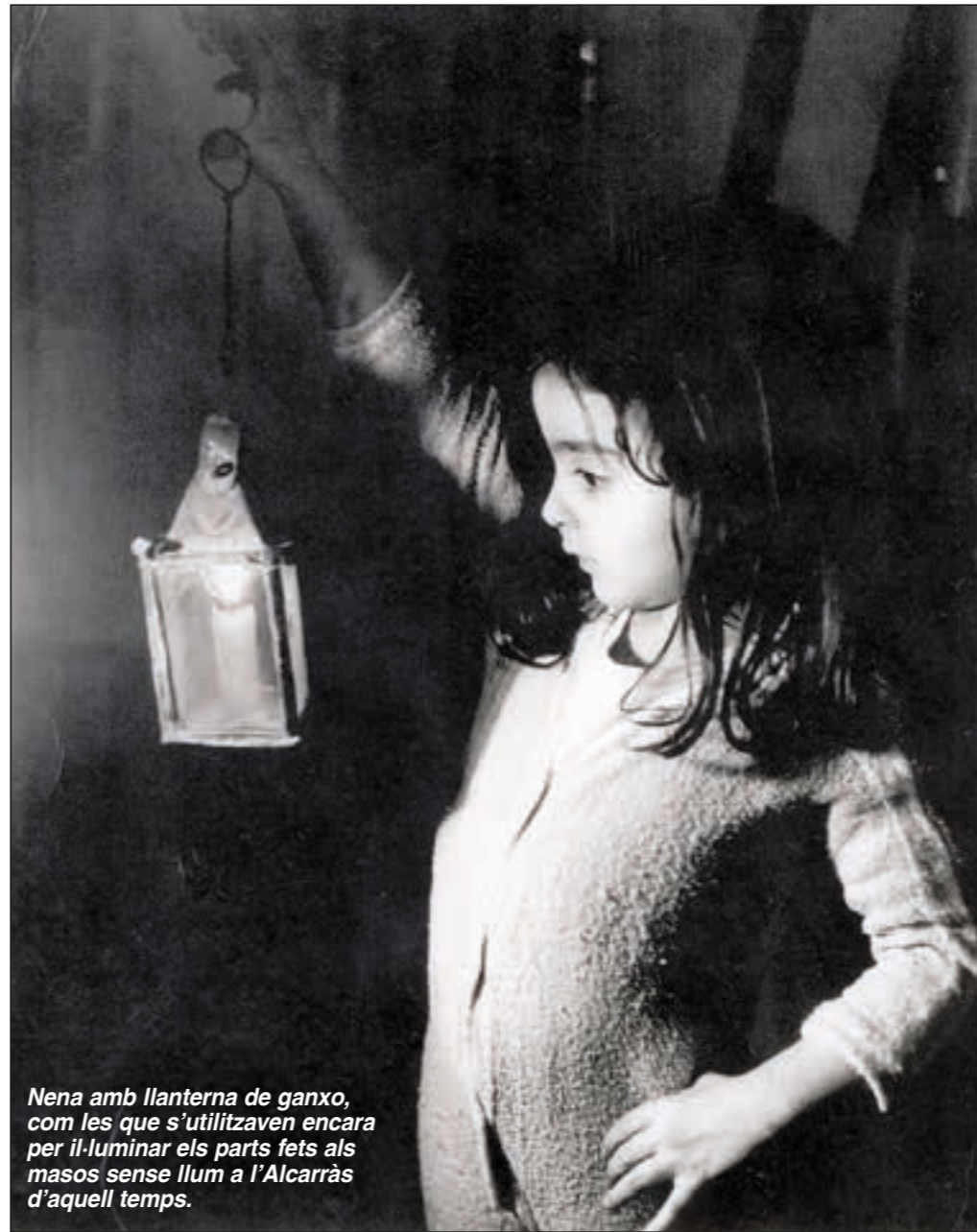
En aquell temps es començava a moure la manera tradicional de practicar la professió en el món rural, que havia estat, generalment, un metge per a cada poble, amb l'obligació de residència allí, dia i nit. Els malalts s'acostumaven al seu metge, i aquest acabava coneixent la seva malaltia, vida i costums.

L'any 1976, el cap de Sanitat, el Dr. Joaquín Enrech Salazar, reflexionava sobre l'exercici mèdic tradicional en el medi rural i preveia que era necessària una revisió de la seva estructura.

Per resoldre aquest problema, proposava un sistema que en realitat ens situa pràcticament a les portes de l'actual organització dels centres d'atenció primària. Vint-i-tres anys després del seu escrit a la revista del Col·legi Anales 1976, el 27 de setembre de 1999 es va inaugurar el Centre d'Assistència Primària per donar servei a Alcarràs, Torres de Segre i Soses, amb la contribució també de l'Ajuntament en la cessió dels terrenys.

En realitat, però, aquesta situació clàssica i antiga ja havia començat a canviar en la mentalitat de la gent feia uns anys. Alcarràs, vila dotada d'un extens terme municipal, hauria estat molt difícil d'ésser atesa per un metge sense disposar d'un vehicle modern per desplaçar-se als molts masos que hi havia a Vallmanya i Montagut, sense llum ni aigua corrent, on els parts no era estrany que s'haguessin de fer amb l'ajuda de la llum d'una llanterna de ganxo.

Recordo que sempre que podia, el pare em muntava a la moto perquè l'acompanyés a fer visites pel terme. Visitava els malalts i jo ho veia, al mateix temps que jugava com a nen que era. Moltes vegades, acabada la visita, la família ens invitava a berenar pernil curat al mateix mas. Aquesta medicina tan entranyable va penetrar, sense adonar-me'n, a la meua ànima infantil i em va crear la capacitat de gaudir de la sensació del costat romàntic de la medicina, que després he vist que ha estat molt important per a mi, perquè em va ensenyar a viure, al mateix temps, la duresa de la malaltia, l'amabilitat del pacient i de la seva família i l'olor i el color del paisatge de la terra on habitaven. És el mateix que quan el pagès antic anava sempre acompanyat pel seu fill al tros, on aquest aprenia, simultàniament, a estimar el pare i la seva suor, i la terra de conreu que donava el pa a la casa. Aquesta immensa riquesa espiritual, actualment, com moltes altres coses tradicionals, s'ha anat perdent progressivament.



Nena amb llanterna de ganxo, com les que s'utilitzaven encara per il·luminar els parts fets als masos sense llum a l'Alcarràs d'aquell temps.



Alcarràs actual pintat per Pepe Ramon Rosanes, d'Alcarràs.

El més preuat en el medi rural és trobar un metge que compregui les famílies i tracti correctament les seves malalties, sense ser un simple detector de malalties, activitat que podria créixer desmesuradament si se sobrevaloren les facilitats i els atractius de les noves tecnologies. És més fàcil diagnosticar amb l'ajuda d'aquestes que no pas tractar el malalt en la seva dimensió física i moral i en el decurs del temps. El diagnòstic és un acte mèdic, el tractament són molts actes mèdics. Estic convençut que cal potenciar el prototipus clàssic de metge, perquè en el fons representa l'autèntic servidor dels malalts.

La medicina dels centres d'Atenció Primària és la que es practica actualment i de la qual tots tenim formada opinió. No passa el mateix amb la medicina del passat, a la qual el temps ha imposat la severa llei de l'oblit. La medicina rural, des de l'antiguitat, s'ha estructurat sobre la base de l'exercici de tres professionals: el metge, el cirurgià i l'apotecari. També, com veurem, en el



Doctors Camps, pare i fill, a l'Alcarràs dels anys cinquanta.

Les úniques armes dels metges per saber què passava dins del cos humà eren la vista, les mans i l'oïda

decurs del temps els hospitals, amb les seves funcions, s'hi van anar integrant a partir del segle XI, per desaparèixer definitivament al segle XX.

Aquesta és l'estructura normal. Deixo de banda, però, l'organització de la sanitat en temps de pesta i epidèmies, tema que, per la seva importància, ens ocuparia moltes pàgines escrites amb tinta pròpia.

Relato específicament la biografia del

metge Jaume Nuet i Vidal, que, procedent de Talam, va fer cap a Alcarràs l'any 1767 i va aconseguir que el seu besnét Jaume Nuet i Minguell arribés a ser el primer comte de Torregrossa cap a l'últim terç del XIX. També escric sobre la nissaga dels cirurgians Companys, arribats a Alcarràs a finals del XVII, un dels quals va aconseguir ser catedràtic de l'Estudi General de Lleida. De la tercera professió dedico unes pàgines als Sancho, apotecaris de Soses que van iniciar l'exercici a Alcarràs l'any 1803, nissaga que encara continua en l'actualitat a Cornellà i Barcelona. Ho faig perquè la tradició farmacèutica d'aquests és un exemple de llarga durada, de més de 200 anys per ara d'exercici de la professió, i una mostra més de la lluita de les famílies dels apotecaris per no perdre el patrimoni tan preuat de l'apotecaria. Finalment, descriu les sis funcions que he observat que tenien els hospitals rurals.

Dr. Manel Camps Surroca

Contencions físiques i farmacològiques

Quins són els supòsits legals que justifiquen i emparen la immobilització física o farmacològica dels pacients? Qui ho pot prescriure? I qui controla la bondat de la contenció? BUTLLETÍ MÈDIC ha convidat professionals que treballen en aquest àmbit a facilitar informació i a opinar sobre un tema tan complex.

Contención mecánica en el paciente agitado

Definimos el estado de agitación psicomotriz como un estado de excitación mental acompañado de aumento de la actividad motora en grado variable, que puede culminar en episodios de autoagresividad o de heteroagresividad. Es una situación a la que tiene que enfrentarse de forma relativamente frecuente el personal sanitario que trabaja en urgencias generales o en el ámbito de la salud mental.

Etiología del paciente agitado

Ante un estado de agitación psicomotriz en el servicio de Urgencias, será prioritario descartar una posible causa orgánica del mismo (demencia, abstinencia de alcohol, encefalopatía, etc.). En este caso, la agitación muy probablemente irá acompañada de un síndrome confusional agudo (delirium).

Otra posible etiología será la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico, en la cual encontraremos con elevada frecuencia sintomatología psicótica aguda, pero con estado de conciencia preservado. Por último, es importante destacar a todos aquellos pacientes que como etiología de la agitación psicomotriz presentan únicamente un trastorno de personalidad o bien una agitación reactiva a una situación vital.

Conducta

El manejo del paciente agitado

depende, idealmente, del diagnóstico de presunción del cuadro clínico. Este manejo se basa en garantizar una correcta seguridad, intentar realizar contención verbal (en la que ofreceremos medicación sedante vía oral), proceder a la contención mecánica (CM) si con la verbal no fuera suficiente y, por último, realizar contención farmacológica, si fuera necesario, vía intramuscular.

La contención mecánica

Deberá ser pautada, de forma preferente, por un médico y llevada a cabo por personal sanitario formado en la ejecución de dicho procedimiento. En una situación de urgencia puede indicarla un DUE, pero deberá informar al médico con la menor demora posible.

La finalización de la contención se realizará tras valoración facultativa.

Indicaciones de la CM

- Prevención de lesiones del paciente.
- Prevención de lesiones a otros.
- Evitar interferencias del plan terapéutico del paciente (que se retiren las vías, la sonda nasogástrica, etc.).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentre el paciente
- Si el paciente lo solicita voluntariamente



riamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

- Evitar la fuga si la vida del paciente corre peligro y no está capacitado para tomar tal decisión.

Contraindicaciones de la CM

- Conducta violenta no justificable por una enfermedad, sino de carácter delictivo (avisar a fuerzas de seguridad).
 - Que se realice para el descanso del personal sanitario.
 - Utilizar la CM como castigo o pena.
- Cabe destacar que la CM puede conllevar riesgos tanto para el paciente como para el personal sanitario, tales como agresión al personal

sanitario, fracturas o lesiones en el enfermo, delirium e incluso se han observado casos de muertes por contención mecánica. Por lo tanto, es deseable limitar la contención mecánica al mínimo necesario.

Dra. Maria Niubó Cuadras
Dra. Maria Mur Lain
Dra. Maria Irigoren Otiñano

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario
de Santa Maria

BIBLIOGRAFÍA

- Faterneh Hadi, Fermeh Khosravi. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. Med J Islam Repub Iran. 2015.
- Allen MH, Currier GW et al. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract. 2005
- Seoane A., Alava T. et al. Protocolo de contención de pacientes. 2005. pág 1-7.
- Fernandez Gallego, V., Múria Pérez, E. et al. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vol. 21, núm. 2, p. 121-132.

La contención en Geriatria. Consideraciones jurídicas

Aquesta nota té com a objecte analitzar el contingut i les exigències legals que cal seguir en l'aplicació de contencions físiques i farmacològiques en el marc de la prestació de serveis residencials, així com posar de manifest els drets i deures que hi concorren i els seus límits.

La pràctica de les contencions físiques i farmacològiques ha estat objecte d'atenció expressa en la Llei de Serveis Socials. El seu article 12, sota la rúbrica "Drets específics dels usuaris de serveis residencial i diürns", disposa que les indicades persones usuàries tenen el dret a:

"No ser sotmès a cap mena d'immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans físics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió, llevat

que hi hagi un perill imminent per a la seguretat física dels usuaris o terceres persones. En aquest darrer cas, les actuacions s'han de justificar documentalment, han de constar en l'expedient de l'usuari o usuària i s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, d'acord amb el que estableix la legislació."

Tanmateix, aquesta regulació legal és escassa i insuficient i obliga a considerar analògicament la normativa reguladora dels internaments involuntaris (art. 212.5 del Codi Civil de Catalunya).

Atenent a aquest marc normatiu, subjecció física és qualsevol limitació de la llibertat de moviments, de l'activitat física d'una persona o el normal accés a qualsevol part del seu cos, aplicant-li directament qualsevol mètode físic o amb un sistema adjacent del qual no es pot alliberar. La subjecció farmacològica aconsegueix una limitació equivalent amb el subministrament de fàrmacs.

Sense perjudici dels beneficis que puguin aportar, ambdues formes de contenció poden tenir repercussions indesitjables en la salut de la persona que en sigui destinatària. Les subjeccions físiques poden ocasionar úlceres per pressió, infeccions, incontinències (urinària i fecal), inapetència, estrenyiment, atrofia muscular i debilitat, i també afectacions psicològiques, com ara por, vergonya, ira, agressivitat, depressió, apatia o aïllament social, entre d'altres. Les d'ordre farmacològic poden generar deliris, deteriorament de la funció cognitiva i comunicació, depressió, deshidratació o marxa inestable amb risc de caigudes¹. Clarament, no són innòcues.

Pel que fa als motius que poden justificar la contenció, la correcció del comportament i la realització de teràpies preventives, són finalitats igualment vàlides que les justificades per raons de seguretat i conflictes greus de conveniència, sempre segons prescripció facultativa.

Des de la perspectiva dels drets concurrents, aquests procediments s'enfronten a drets fonamentals i principis constitucionals de les persones a les quals s'apliquen. El dret d'autodeterminació individual (art. 1.1 de la Constitució), el dret a la llibertat física (art. 17.1 CE), el dret a la integritat física i moral i a no patir tractes inhumans o degradants (art. 15 CE), així com els principis de dignitat i lliure desenvolupament de la personalitat (art. 10.1 CE) resulten significativament alterats en l'aplicació d'aquest mètodes. D'aquí

El personal que treballa en urgències generals o en el àmbit de salut mental té que afrontar amb freqüència episodis d'agressivitat

que sigui encertat invocar l'existència de procediments legals i vetllar per la seva atenta aplicació per tal que sigui legítim limitar drets tant els essencials com els que s'han indicat.

La llibertat és el principi bàsic i la regla general, i només pot decaure davant la necessitat de protegir la salut, ja sigui la pròpia o bé, en determinats casos, la de tercers (art. 43 CE). La concurrència d'aquesta necessitat, en grau prou important per justificar que es limiti l'exercici de drets fonamentals, només pot ser apreciada pels facultatius i s'ha de fonamentar, estrictament, en motius de salut i no en cap altre. D'aquí que no s'admetin motius disciplinaris, de conveniència o de mera prevenció de riscos.

L'anàlisi pautada de les circumstàncies de salut concurrents s'alça com la primera premissa de les contencions, pel fet que són mesures excepcionals, únicament aplicables a casos extrems i puntuals; la supervisió continuada de l'evolució de la persona afectada, a fi que el seu manteniment, també pautat, se ceneixi a l'estricta necessitat assistencial i sigui igualment imprescindible.

Prèviament, la conformitat de la persona afectada i/o dels familiars constitueix un pressupòsit de legalitat que, com succeeix en tots els actes assistencials, només es pot superar, sota la responsabilitat del facultatiu, en situacions d'urgència i de risc imminent per a la salut, a l'empara de l'eximent de l'estat de necessitat.

Naturalment, l'oposició de la persona i/o familiar a la mesura constitueix una opció indubtable, eventualment conflictiva, davant la qual la dinàmica que s'ofereix, per bé que pugui ser d'eficiència relativa, és ineludible.

En l'àmbit sanitari i sociosanitari, la negativa de l'usuari a una mesura considerada com a necessària porta a oferir l'alta voluntària i, si ha d'esdevenir forçosa, requereix una decisió judicial.

En l'àmbit dels serveis socials, en què l'ingrés i, per tant, l'alta tenen una significació diferent, la decisió judicial és l'opció directa, sense que l'oposició del resident hagi d'anar seguida de cap pronunciament seu



respecte al manteniment del seu ingrés.

La protecció de les persones, en l'àmbit de què és objecte aquesta nota, troba expressió en les conseqüències que pot generar l'incompliment de la dinàmica breument exposada.

Les conductes que vulnerin la sistemàtica expressada poden constituir, en l'esfera penal, delictes contra la integritat de les persones, de lesions i de coaccions, i poden determinar fins i tot penes de privació de llibertat i inhabilitació.

En l'ordre administratiu, el centre incomplidor pot ser objecte de sancions i, en el civil, poden generar el deure d'indemnitzar els danys i perjudicis; sense oblidar que la responsabilitat laboral de la persona incomplidora pot determinar el seu acomiadament. No cal dir que també en matèria deontològica o col·legial la vulneració dels principis concurrents pot ser motiu de sanció i fins i tot de suspensió de l'exercici professional.

Fa temps que el sector reclama l'establiment d'una regulació específica que contribueixi a la seguretat dels actors del sistema. Consta que només Navarra disposa d'un instrument legal d'aquestes característiques en haver promulgat el Decret Foral 221/2001, de 28 de setembre, pel qual es regula l'ús de subjeccions físiques i farmacològiques en l'àmbit dels serveis socials residencials.

La norma navarresa incorpora i desplega amb gran encert els principis tractats anteriorment. La seva lectura és molt recomanable. Precisa que el consentiment informat, de l'interessat o del seu representant legal, s'ha d'emetre escrit i individualitzat per a cada tipus de subjecció i aplicació i, d'especial significació, afegeix que les contencions s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, tret del cas en què concorri prescripció facultativa i de l'equip, així com el consentiment, i que no siguin urgents, i estableix en quin supòsit cal fer-ne partícip el fiscal.

Resulta interessant la previsió del decret d'exigir que els mecanismes de contenció física hagin d'estar homologats i en perfectes condicions d'ús i manteniment, així com la necessitat que els centres que n'apliquin disposin d'un protocol d'actuació validat per l'Administració. Dotar de pautes els professionals és un objectiu molt apreciat.

En conclusió, les contencions físiques i farmacològiques són un problema sanitari i social. En general, són objecte d'un tractament normatiu escàs i insuficient que propicia riscos manifestos de possible vulneració de drets i, sovint, inseguretat. Dedicar-hi atenció i completar la regulació legal existent en la matèria ha de ser un objectiu compartit, integrant del propòsit de millora constant de l'atenció a la salut de la població.

Ramon Figueras i Estel Patris
Advocats

NOTES

1. Guia per a persones grans i familiars. Ús de subjeccions físiques i químiques amb persones grans i malalts d'Alzheimer (CEOMA i Fundació Iberdrola 2005, p. 17-19).



GSS cedeix a les tardes la consulta d'Odontologia del CAP Santa Maria

El projecte SOL del Col·legi d'Odontòlegs de Lleida garanteix la salut bucal a les persones sense recursos

La Junta Provincial del Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Lleida desenvolupa el projecte Solidaritat Odontologia Lleidatana (SOL) des del desembre de l'any 2014, que neix de la preocupació dels membres de la Junta davant el creixent deteriorament de la salut bucal de les persones desfavorides o en risc d'exclusió social observat els últims anys.

Per aquest motiu, la Junta va decidir posar en marxa un servei altruista i solidari per atendre les persones que perceben una renda familiar per sota dels 400 € mensuals. Amb aquest objectiu, va convidar els companys odontòlegs a prestar els seus serveis sense rebre'n compensació econòmica. A més, va iniciar un seguit de

Atén persones que reben una renda familiar per sota dels 400 € mensuals

El projecte es fa càrrec dels serveis no coberts per la sanitat pública i que ajuden a recuperar la funcionalitat de la boca

contactes amb les administracions per obtenir un espai físic on realitzar l'activitat i una subvenció per contractar una higienista dental.

Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), d'acord amb els serveis territorial de Salut, cedeix a les tardes la consulta d'Odontologia del CAP Santa Maria. D'altra banda, la Diputació de Lleida subvenciona la contractació de l'auxiliar clínica. I 16 odontòlegs van començar a treballar gratuïtament una tarda al mes.

Selecció de pacients

Els treballadors socials dels CAP lleidatans seleccionen els pacients d'acord amb la seva renda i els remeten a l'odontòleg de cada CAP perquè diagnostiqui la situació de la seva salut oral. El mateix odontòleg realitza els serveis inclosos en la cartera del Departament de Salut (radiografies, extraccions, cirurgia bucal i prevenció).

Els odontòlegs solidaris es fan càrrec dels serveis no coberts per la sanitat pública i que ajuden a recuperar la funcionalitat de la boca (absència de peces dentàries, càries i malalties periodontals). Es tracta, per tant, de garantir la qualitat de les activitats que proporciona la boca (somriure, nutrició i parla, entre d'altres).

Per tal que els pacients valorin la importància d'aquests serveis, la Junta Provincial Lleidatana ha establert un preu simbòlic per als tractaments. La col·locació de pròtesis no fixes és

Les contencions són objecte d'un tractament normatiu escàs i insuficient que propicia riscos de possible vulneració de drets i, sovint, inseguretat

» possible gràcies a la col·laboració del laboratori dental Denar, que les facilita per sota del preu de cost.

Balanç d'un any de solidaritat

D'ençà de la posada en marxa del projecte SOL, els odontòlegs solidaris han atès 145 pacients, han realitzat 814 tractaments i han col·locat 93 pròtesis amovibles. El preu de mercat dels tractaments arribaria als 28.445 € i el de les pròtesis, als 54.880 €.

A banda de la contribució del projecte solidari a mantenir la salut bucal de persones sense recursos, la millora odontològica contribueix a augmentar la seva autoestima i l'encaix social.

En aquest sentit, el Dr. Joan Carrera, president de la Junta Provincial del Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Lleida, explica diversos casos de pares i mares que han estalviat per donar als seus fills una bona salut bucal que ells no van tenir en la seva infància i joventut. Aquests pares i mares han fet, a més, l'esforç de traslladar-se i pagar el transport des de fora de la capital lleidatana a la consulta del CAP Santa Maria.

El Dr. Carrera també recorda com molts jubilats i jubilades li comenten que han estalviat petites quantitats de diners de les seves curtes pensions durant mesos per col·locar-se una pròtesi. O el cas d'una noia, que tenia les dents negres i quan li van restaurar les peces amb Composite (empastament blanc) va exclamar: "Que content que estarà el meu nòvio!".

Joan Carrera convida la resta de companys a participar en el projecte SOL davant l'allau de peticions que ha rebut aquest servei solidari. Actualment, la llista d'espera dels pacients creix de manera exponencial. "És una gran satisfacció personal i professional treballar amb aquest col·lectiu", assegura el president.



Els odontòlegs solidaris han atès 145 pacients en un any

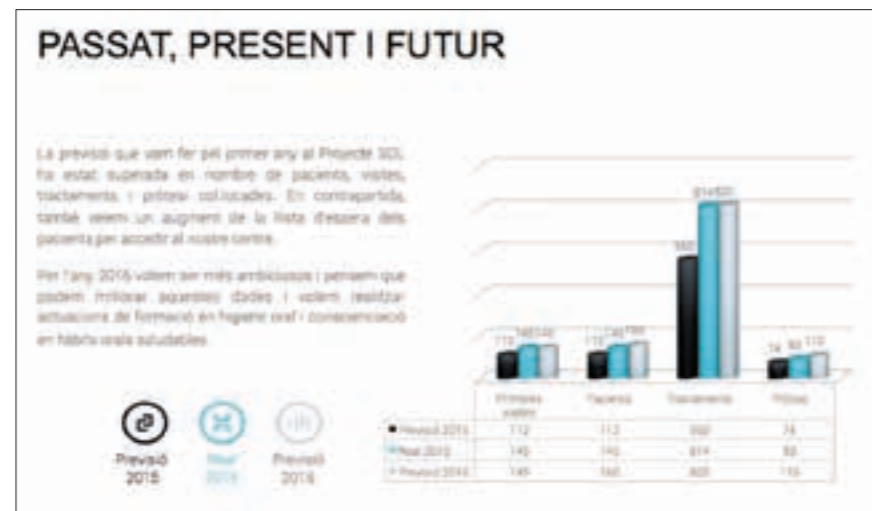


Els professionals han realitzat 814 tractaments i han col·locat 93 pròtesis

El preu de mercat de les pròtesis col·locades en un anys arribaria als 54.880 €

TRACTAMENTS REALITZATS

Protesis col·locades	93	Previsió 2015	100
Odontòlegs	171	Previsió 2015	180
Estomatòlegs	11	Previsió 2015	14
Odontòlegs	12	Previsió 2015	12
Estomatòlegs	1	Previsió 2015	1



La malaltia per virus del Zika: una nova emergència de salut pública d'importància internacional

La malaltia pel virus del Zika es transmet per mosquits del gènere Aedes. Fins a l'any 2007 només se n'havien descrit casos esporàdics en alguns països a l'Àfrica i l'Àsia. Tanmateix, durant l'última dècada s'ha propagat a nous territoris i ha causat brots epidèmics en diferents illes del Pacífic. El mes de febrer de 2015 es van detectar els primers casos d'infecció al Brasil i la transmissió autòctona es va confirmar el mes de maig d'aquest any. Des d'aleshores, el virus s'ha escampat per la majoria dels països de l'Amèrica Llatina. En general, la malaltia produeix símpto-

Fins al 2007 només se n'havien descrit casos esporàdics a l'Àfrica i l'Àsia

Des del 2015 el virus s'ha escampat per l'Amèrica Llatina

mes lleus en l'ésser humà, tot i que recentment s'han descrit anomalies congènites i quadres neurològics associats a infeccions per aquest virus. Això va comportar que l'1 de febrer de 2016, la directora general de l'OMS, seguint les recomanacions del Comitè d'Emergència del Reglament Sanitari Internacional, declarés que l'agrupació de casos de microcefàlia i altres trastorns neurològics notificats en algunes zones afectades pel virus del Zika representaven una emergència de salut pública d'importància internacional (ESPII).

En relació amb la detecció del primer cas importat de la malaltia per virus del Zika a les comarques de Lleida, ens hem de preguntar si seria possible la transmissió autòctona del virus a les nostres comarques i quines implicacions podria comportar la situació internacional de la malaltia per a la nostra població i, especialment, per a les dones embarassades. L'objectiu d'aquest article és revisar la malaltia per virus del Zika, les actuacions de vigilància i les principals mesures de prevenció.

La situació epidemiològica

El virus del Zika pertany a la família Flaviviridae, gènere Flavivirus, el mateix al qual pertanyen el virus del dengue, la febre groga o l'encefalitis

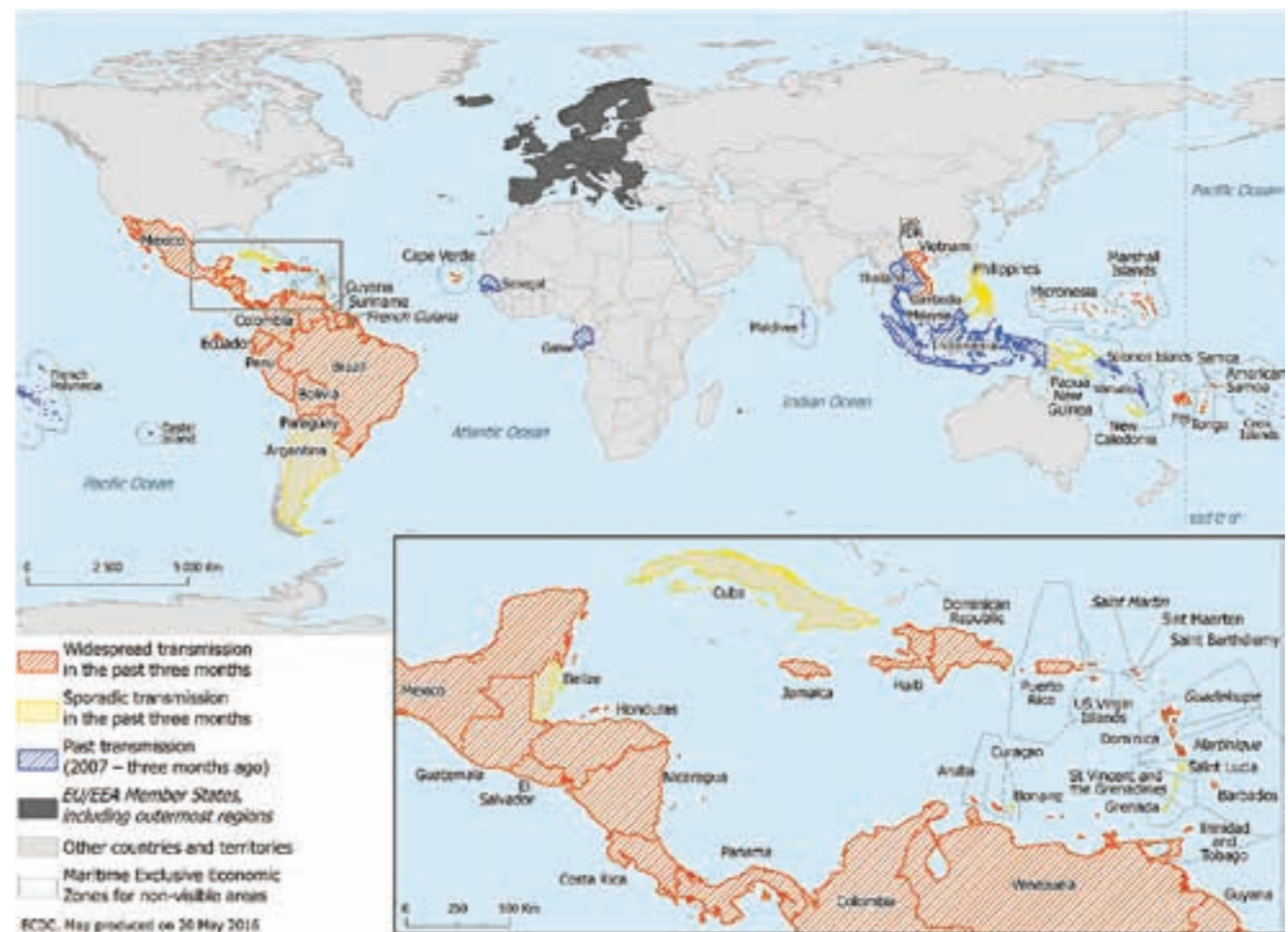


Figura 1: Països i territoris amb transmissió autòctona del virus del Zika, maig 2016

]] japonesa. El virus del Zika va ser descobert l'any 1947 a la selva anomenada Zika, a Uganda, durant els estudis de vigilància de la febre groga selvàtica en micos Rhesus¹. El virus presentava originalment un cicle selvàtic. L'hoste principal eren els primats no humans i el seu vector, els mosquits locals del gènere *Aedes*. La presència del virus a l'espècie humana, considerada en principi un hoste ocasional, es va constatar a través d'estudis serològics l'any 1952, però no va ser fins a l'any 1968 que es va aconseguir aïllar el virus a partir de mostres humanes a Nigèria². Estudis genètics han mostrat dos linatges principals d'aquest virus, l'africà i l'asiàtic^{2,3}. Des que es va descobrir, nombrosos estudis epidemiològics, serològics i entomològics van confirmar la circulació del virus en diferents països africans i asiàtics. Tanmateix, fins a l'any 2007 només se n'havien publicat 14 casos humans a tot el món⁴. El brot que es va detectar el 2007 a l'illa de Yap (Micronèsia) va ser el primer brot per virus del Zika fora de l'Àfrica i l'Àsia. Després, entre els anys 2013 i 2014, va tenir lloc el brot a la Polinèsia Francesa, el qual es va estendre per diferents illes del Pacífic⁵.

El fet clau recent va ser l'inici del brot al Brasil el mes de febrer de 2015. Inicialment, va afectar els estats de Bahia i Rio Grande do Norte, però es va propagar ràpidament a tot el país. Després se'n va detectar la transmissió



Figura 2: Mosquits del gènere *Aedes aegypti*. (Font: OMS)

autòctona a la majoria de països americans (figura 1). La soca identificada en aquests brots ha estat la d'origen asiàtic^{6,7,8}.

Actualment, es considera que a la natura hi ha un cicle selvàtic, en el qual els primats no humans actuen com a reservori, i un d'urbà, en el qual l'ésser humà actua com a hoste multiplicador, com succeeix en altres arbovirosis.

Moltes espècies de mosquits del gènere *Aedes* poden actuar com a vectors del virus⁹. Al continent africà s'han detectat virus del Zika en nombroses espècies locals i un estudi al Gabon va confirmar virus del Zika en *Aedes albopictus* durant un brot de la malaltia l'any 2007. Als països de l'Amèrica Llatina, les dues espècies de mosquit, *Aedes aegypti* (figura 2) i *Aedes albopictus* (figura 3), s'han propagat a gran velocitat durant les darreres tres dècades i podrien estar actuant com a vectors de la malaltia¹⁰.

A l'Estat espanyol, fins a l'1 d'abril de 2016 s'ha confirmat la infecció per virus del Zika en 58 persones, en tots els casos després que haguessin visitat països afectats. Per tant, es tracta de casos importats. Disset pacients es troben a Madrid, catorze a Catalunya, set a Castella i Lleó, sis a l'Aragó, tres a la Comunitat Valenciana, dos a Astúries, dos a Múrcia, dos a les Canàries, un a Andalusia; un a Navarra, un a la Rioja, un a Galícia i un al País Basc. D'aquests casos confirmats, nou són dones que estaven embarassades en

el moment de la presa de les mostres (tres a Catalunya).

Malaltia per virus del Zika

Un cop les persones s'infecten, el període d'incubació fins a presentar-ne símptomes varia entre 3 i 12 dies, i la durada de la simptomatologia, entre 2 i 7 dies. La simptomatologia de la malaltia per virus del Zika és, en general, lleu, i àdhuc pot passar desapercebuda o diagnosticar-se erròniament com a dengue, chikungunya o com a altres patologies d'origen viral que cursen amb exantema i febre. Els principals símptomes són exantema maculopapular, que es va estenent des de la cara cap a la resta del cos, febre, artràlgia passatgera amb inflamació d'articulacions petites, conjuntivitis i altres símptomes inespecífics com cefalea, miàlgia i fatiga.

Les infeccions asimptomàtiques són relativament freqüents i es calcula que només un de cada quatre infectats desenvolupa clínica compatible amb la malaltia. La transmissió del virus es realitza a través de la picadura del mosquit vector. Posteriorment, el virus es pot detectar a la sang, la saliva, l'orina, el semen, la llet materna i el líquid amniòtic de les persones infectades^{11,12}. El període de transmissió es considera curt. En els éssers humans, el període de virèmia és de 3 a 5 dies des de l'inici dels símptomes. Durant aquest període, el vector pot



Figura 4: Mosquits del gènere *Aedes albopictus*. (Font: OMS)

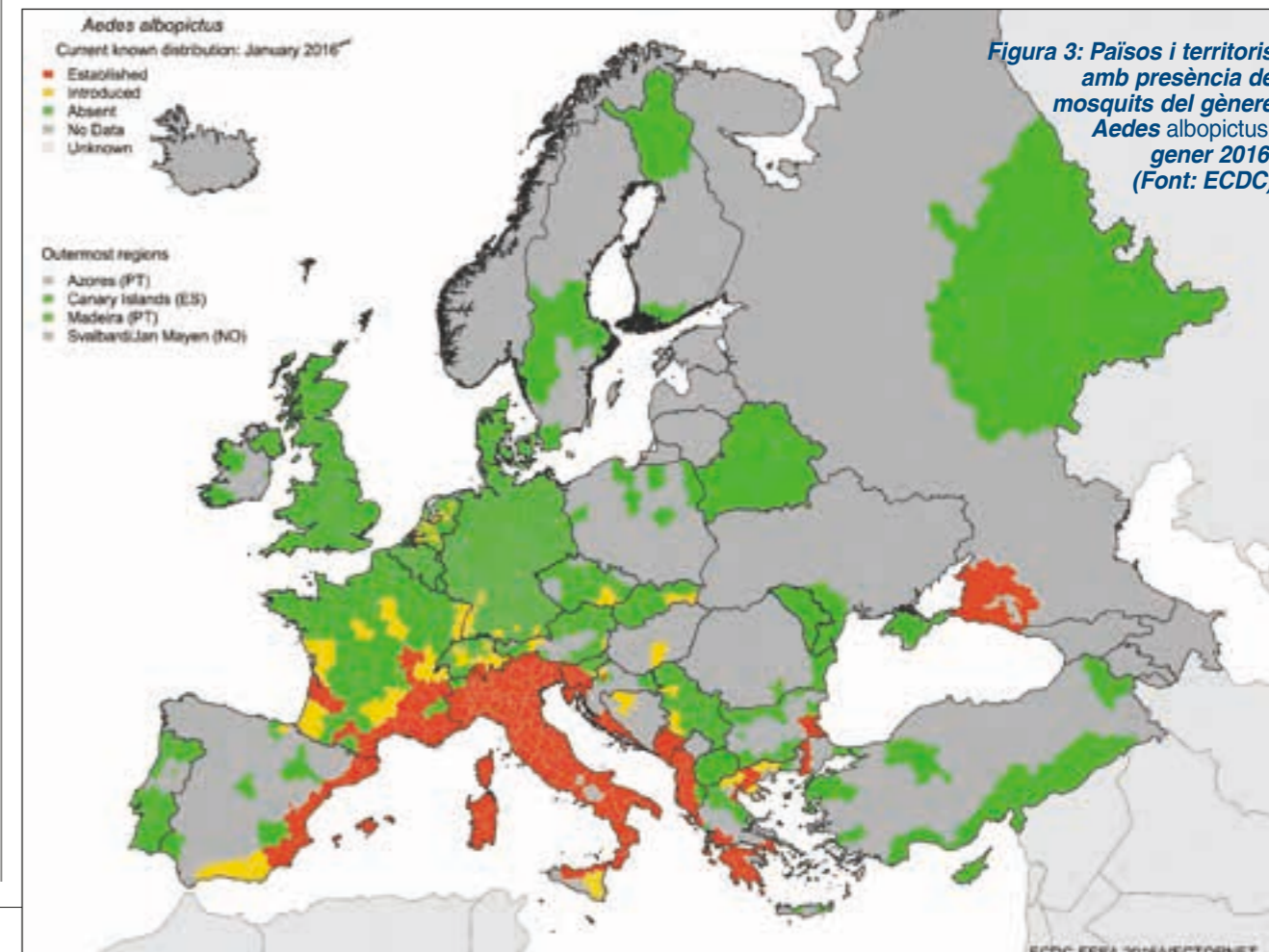


Figura 3: Països i territoris amb presència de mosquits del gènere *Aedes albopictus*, gener 2016. (Font: ECDC)

alimantar-se d'un infectat i transmetre la malaltia.

S'ha documentat la possibilitat de transmissió del virus per via sexual^{11,12} i a través de sang i derivats. S'han publicat dos casos de possible infecció per via sexual. El primer es va detectar l'any 2008 als Estats Units: un home es va infectar amb el virus al Senegal i va transmetre la infecció a la seva dona, que no havia viatjat fora del país¹³. El segon va ser un resident a Dallas, també als Estats Units, que no havia viatjat a àrees conegudes de risc i que havia tingut relacions sexuals amb una persona malalta que havia retornat d'un país amb transmissió del virus¹². Una publicació recent informa d'un cas en el brot a la Polinèsia Francesa, en què es va detectar virus del Zika al semen mitjançant PCR fins a 62 dies després de l'inici dels símptomes¹¹. També existeixen evidències científiques respecte a la possibilitat de transmissió de la infecció a través de sang i hemoderivats¹⁴.

El diagnòstic de confirmació es basa en l'aïllament del virus o en la seva detecció per PCR en mostra clínica o a través de proves serològiques. El virus es detecta a la sang entre el tercer i el cinquè dia després de l'aparició dels símptomes. La presència d'anticossos de tipus IgM i IgG es pot determinar mitjançant la tècnica d'ELISA i immuno fluorescència a partir del cinquè dia després de l'inici de la simptomatologia, però els resultats s'han d'interpretar amb precaució, atès que s'han observat falsos positius per reaccions creuades causades per altres Flavivirus. Per confirmar la infecció, en els casos positius s'aconsella realitzar un test de neutralització. Encara no es disposa d'una vacuna per a aquesta malaltia i el seu tractament és simptomàtic.

La vigilància epidemiològica

Els objectius de la vigilància són detectar-ne precoçment els casos importats i autòctons per establir les mesures de prevenció i control vectorials, prevenir i controlar els brots de forma precoç i garantir el maneig correcte dels casos per reduir el risc de transmissió. Per a la detecció, notificació i registre dels casos, la vigilància utilitza les següents definicions de cas:

Criteri clínic: pacient que presenta febre moderada i exantema maculopapular i almenys un dels símptomes següents: artràlgies o miàlgies, conjuntivitis no purulenta o hiperèmia de la conjuntiva i cefalea o malestar general, sempre que no s'expliqui per altres causes. Es recomana descartar prèviament almenys la infecció pels virus del dengue i del chikungunya.

Criteris epidemiològics: residir en zones epidèmiques per al virus del Zika o haver-ne visitat els quinze dies

El risc de transmissió és pràcticament nul a l'hivern

El període d'activitat del vector va de l'1 de maig al 30 de novembre

El virus es detecta a la sang entre el tercer i el cinquè dia després dels primers símptomes

anterior a l'aparició dels símptomes i/o si la infecció ha tingut lloc al mateix temps i a la mateixa zona que altres casos probables o confirmats de febre vírica del Zika.

Criteris de laboratori per a casos probables: la presència d'anticossos IgM, no confirmada per neutralització en una mostra de sèrum o la seroconversió d'anticossos IgG específics del virus o un augment de quatre vegades del títol entre mostres preses en fase aguda i fase convalescent.

Criteris de laboratori per a casos confirmats: els pacients han de presentar almenys un dels criteris següents: aïllament del virus en mostra clínica o detecció d'àcid nucleic en mostra clínica o detecció d'anticossos neutralitzats en sèrum.

La tècnica diagnòstica d'elecció dependrà del temps transcorregut entre l'inici dels símptomes i la presa de la mostra: entre 0 i 5 dies des de l'inici de símptomes, es realitzarà PCR en sèrum; entre 5 i 7 dies, PCR i serologia; i més de 7 dies, serologia. La PCR en orina es practicarà entre els 0 i els 10 dies a partir de l'inici dels símptomes.

Un pacient afectat per la malaltia es considerarà cas importat quan l'inici dels símptomes es desenvolupi en els 15 dies posteriors a l'estada en zona epidèmica fora d'Espanya, i cas autòcton, quan no hi hagi antecedent de viatge a zona endèmica en els quinze dies anteriors a l'inici dels símptomes.

Complicacions associades a la malaltia per virus del Zika

La infecció pel virus del Zika s'ha relacionat amb l'aparició d'alteracions neurològiques en nounats. Des de principis de 2015 i fins a la setmana epidemiològica 5 de 2016, el Ministeri de Salut del Brasil va notificar 5.079 casos sospitosos de microcefàlia. La

infecció congènita per virus del Zika ja s'ha confirmat en 41 casos. La majoria dels casos estan localitzats al nord-est del país.

Recentment, la Polinèsia Francesa també ha notificat un increment inusual de malformacions del sistema nerviós central durant el període 2014-2015, coincidint amb els brots de virus del Zika a l'illa. En aquest període es van notificar 17 malformacions neurològiques en nounats (entre 0 i 2 en els anys anteriors) i es van trobar anticossos davant el virus del Zika en mostres de quatre de les mares, cosa que suggeria una possible infecció durant l'embaràs.

El Departament de Salut dels Estats Units, el 15 de gener de 2016 va confirmar a Hawaii la detecció de virus del Zika en un nounat amb microcefàlia. La seva mare havia residit al Brasil durant el mes de maig de 2015.

També recentment a Eslovènia s'ha confirmat la presència de virus del Zika en un fetus de 32 setmanes d'una mare que havia viatjat al Brasil i s'havia infectat la setmana 13 de l'embaràs. El fetus va presentar microcefàlia amb calcificacions en el teixit cerebral i la placenta, a més d'importantes alteracions neurològiques. El virus del Zika va ser detectat mitjançant PCR i microscòpia electrònica en el teixit cerebral del fetus. Aquest cas reforça la hipòtesi de l'associació entre la infecció pel virus i el desenvolupament de malformacions neurològiques¹⁵.

També durant el brot que va tenir lloc a la Polinèsia Francesa es va detectar un augment de complicacions neurològiques que podrien estar relacionades amb la infecció pel virus del Zika. Al territori del brot, entre el novembre de 2013 i el febrer de 2014 es van notificar 74 casos de malaltia neurològica, inclosos 42 casos de la síndrome de Guillain-Barré (SGB). En 37 d'aquests casos de SGB (88%) es van presentar signes i símptomes compatibles amb la infecció pel virus del Zika¹⁷. En un dels casos, la infecció es va confirmar per PCR i la resta van mostrar IgG positives davant el virus Zika¹⁷. També s'ha descrit en aquest brot la possibilitat que causi altres síndromes neurològiques (meningitis, meningoencefalitis i mielititis)¹⁷.

En el recent brot del Brasil també s'ha documentat l'aparició de síndromes neurològiques associades a una història recent d'infecció pel virus del Zika. A l'estat de Bahia, el mes de juliol de 2015 es van detectar 76 síndromes neurològiques, el 55% de les quals es van diagnosticar com a SGB, i d'aquestes, el 62% tenien símptomes compatibles amb infecció per virus del Zika. Durant tot el 2015, al Brasil es van notificar 1.708 casos de SGB, xifra que va representar un augment del 19% per comparació al 2014 (1.439 casos). Veneçuela, Colòmbia, el Sal-

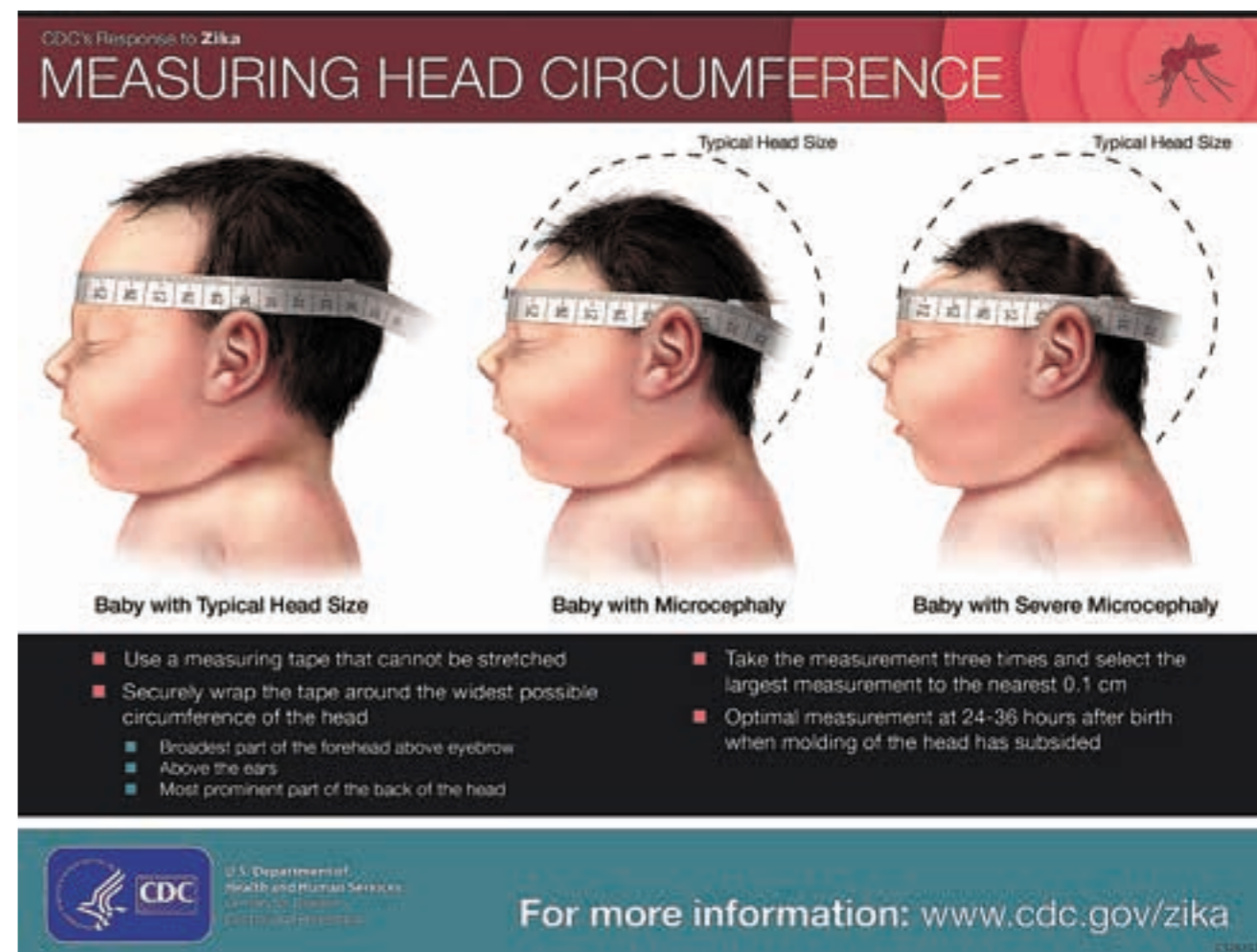


Figura 5. Circumferència cranial en nadons amb microcefàlia greu. (Font: CDC)

vador i Surinam també han notificat un augment inusual de casos de SGB entre els mesos de desembre de 2015 i febrer de 2016, i en alguns dels casos també s'ha confirmat la infecció pel virus del Zika.

Risc d'introducció i transmissió autòctona del virus del Zika

Un dels vectors competents per a la transmissió del virus del Zika, l'Aedes albopictus, està present en set comunitats autòctones: Catalunya, Comunitat Valenciana, Múrcia, les Balears, Andalusia, País Basc i Aragó¹⁸. Fins a la notificació del brot actual, la malaltia per virus del Zika era desconeguda a Espanya i a la Unió Europea, i no es disposava de sistemes de vigilància específics. A més, la seva detecció es va veure dificultada pel fet que fins a un 75% dels casos podien ser asimptomàtics i que la seva simptomatologia és molt similar a la del dengue, el chikungunya i altres arbovirosis que cursen amb exantema i febre. Tal com s'ha assenyalat anteriorment, fins al dia 1 d'abril de 2016, a Espanya se n'havien notificat 58 casos importats.

El principal risc d'introducció del virus estaria associat a l'arribada de viatgers infectats procedents d'àrees endèmiques a les zones on hi ha

presència del vector competent. Es calcula que cada any es realitzen més de 750.000 viatges a l'Amèrica Llatina. Durant el 2014 van visitar Espanya més d'1.650.000 persones procedents de l'Amèrica Llatina. La costa mediterrània, principal zona on s'ha identificat el vector del virus del Zika (figura 4), és un dels destins de preferència tant per al turisme intern com per a l'estranger, i el nombre de residents augmenta de forma considerable durant els mesos d'estiu, període de màxima activitat del vector.

La probabilitat que tinguem transmissió autòctona pel virus del Zika depèn dels següents factors: la presència del vector a l'entorn; la introducció del virus per un viatger infectat procedent d'àrees endèmiques; la presència de població susceptible a la infecció; la coincidència en l'espai i el temps d'un cas importat amb virèmia amb el vector, i la possibilitat que el virus trobi les condicions favorables per a la seva transmissió. Aquests factors estan presents en les zones geogràfiques del nostre país amb presència del vector competent, especialment durant els mesos compresos entre el maig i el novembre. La intensitat de la transmissió, en cas que es produeixi, dependrà de l'abundància del vector a cada lloc i l'afluència de persones

infectades procedents de zones endèmiques durant els mesos en què el vector està actiu. L'alta incidència de la malaltia en les zones endèmiques amb una relació intensa amb el nostre país i la susceptibilitat a la infecció de tota la nostra població, en no haver estat prèviament en contacte amb el virus, comporta un risc real de transmissió autòctona durant el període d'activitat vectorial a Espanya. El risc de transmissió és pràcticament nul a l'hivern, atesa la manca d'activitat del vector durant aquest període.

Per tant, a les zones amb presència de vector competent per a la transmissió de la malaltia, com és el cas de Catalunya, s'ha de reforçar la vigilància durant el període d'activitat del vector, que s'estableix de l'1 de maig al 30 de novembre, tret que les dades de vigilància entomològica de la zona estableixin un altre període.

La principal preocupació, quant a un possible impacte greu sobre la salut de la població en aquests moments, és l'associació entre la infecció per virus del Zika i els casos de microcefàlia en fetus i nounats (figura 5), així com complicacions neurològiques. Les recomanacions i accions de prevenció i promoció de la salut s'han de considerar de manera prioritària per a les dones embarassades¹⁹.

» Mesures de prevenció i control per a la malaltia per virus del Zika

Atès que és una malaltia emergent, és important que tots els professionals sanitaris estiguin informats sobre la possibilitat que es produeixin casos per aquesta malaltia, ja que així es pot facilitar la detecció precoç dels casos i també millorar el tractament i el control de la malaltia.

Les actuacions de prevenció i control que s'han d'aplicar depenen del risc de transmissió vinculat a la presència o l'absència del vector competent (*Aedes albopictus*) en la zona geogràfica corresponent. A Catalunya s'ha detectat presència de vector competent per a aquesta malaltia i, per tant, la mesura més eficaç per prevenir la transmissió local és el control vectorial.

En el cas que se'n detecti un cas importat que estigui en fase de virèmia (entre 3 i 5 dies després de l'inici de símptomes) i que hagi estat en zones d'Espanya amb presència del vector durant el període d'activitat (des de l'1 de maig fins al 30 de novembre), se n'ha d'informar els responsables de la vigilància i el control vectorial d'aquestes zones perquè n'avaluïn el risc i adoptin les mesures adequades. També amb la finalitat de prevenir-ne la transmissió local, s'han de prendre mesures per evitar el contacte del cas sospitós amb els mosquits, mentre el cas estigui en fase simptomàtica, mitjançant la protecció individual contra les picades de mosquits amb repel·lents eficaços. També es poden usar mosquiteres al llit i en portes i finestres i repel·lents elèctrics, especialment en les zones de circulació del vector.

Si se'n detectés un cas autòcton,

s'hauria de fer una recerca epidemiològica amb la finalitat d'identificar la zona de possible transmissió i informar-ne els responsables de la vigilància i el control vectorial a la zona perquè n'avaluïn el risc i adoptin les mesures adequades. També s'hauria de reforçar la vigilància a la zona de transmissió i cercar-ne casos autòctons relacionats.

S'ha d'informar les persones que viatgin a zones endèmiques sobre el risc d'infecció, els mecanismes de transmissió, la simptomatologia i les mesures de protecció contra les picades de mosquit. També s'ha d'informar sobre la importància de consultar al metge si, en els 15 dies posteriors a l'abandonament de la zona endèmica, presenten símptomes compatibles amb la malaltia.

En el cas de les dones embarassades que tinguin previst viatjar a zones endèmiques, té especial importància informar sobre el risc existent i recomanar que, en la mesura que sigui possible, ajornin el viatge fins al final de l'embaràs. En el cas que ja hagin viatjat, també es recomana que ho expliquin en les revisions prenatales per tal que siguin avaluades adequadament.¹⁹

El virus del Zika ha estat identificat en el semen dels homes que han tingut la infecció i no es coneix amb exactitud el temps que hi pot romandre²⁰. Als homes que han viatjat a un país amb transmissió activa i que són parella d'una dona embarassada o que es pugui quedar embarassada, se'ls recomana que utilitzin preservatiu durant tot l'embaràs, tant si n'han presentat símptomes com si no, atès que no es pot descartar que hagin tingut la infecció de forma asimptomàtica²⁰.

Els viatgers que visitin zones afecta-

des poden infectar-se de forma clínica o subclínica. Per evitar el risc de contagi per transfusions, es recomana no donar sang durant un període no inferior a 28 dies des de la tornada.

De forma general, també es recomana implementar mesures de control vectorial dirigides a la reducció de la densitat del vector a les zones on l'*Aedes albopictus* està present, mitjançant la coordinació intersectorial i la col·laboració de la població.

Conclusions

Atesa la ràpida expansió del virus del Zika per la regió americana, la intensitat dels viatges als països amb transmissió i la presència del vector *Aedes albopictus* en set comunitats autònomes, existeix el risc d'introducció i transmissió autòctona del virus del Zika al nostre territori.

La població del nostre país és susceptible i, per tant, vulnerable a la infecció pel virus del Zika. Les dones embarassades són el grup de risc al qual s'han d'adreçar les accions de promoció i prevenció, atesa l'evidència disponible que relaciona la infecció pel virus del Zika amb l'aparició d'anomalies congènites.

L'eficàcia de la resposta davant les malalties transmeses per vectors s'aconsegueix amb un abordatge integral. Per tant, és important la coordinació de tots els sectors implicats a escala local: sanitari, mediambiental, entomològic i educatiu.

Pere Godoy

Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública
Cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica a Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Kirya BG, Okia NO. A yellow fever epizootic in Zika Forest, Uganda, during 1972: Part 2: Monkey serology. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1977;71(4):300-3.
2. Kuno G, Chang GJ, Tsuchiya KR, Karabatsos N, Cropp CB. Phylogeny of the genus *Flavivirus*. *J Virol.* 1998;72(1).
3. Faye O, Freire CCM, Iamarino A, et al. Molecular evolution of Zika virus during its emergence in the 20(th) century. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(1).
4. Hayes EB. Zika virus outside Africa. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(9):1347-50.
5. Duffy MR, Chen T-H, Hancock WT, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med.* 2009;360(24):2536-43.
6. Musso D, Nilles EJ, Cao-Lormeau VM. Rapid spread of emerging Zika virus in the

- Pacific area. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20(10):595-6.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Zika virus infection outbreak, Brazil and the Pacific region – 25 May 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
8. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(10):1885-6.
9. Wong P-SJ, Li MI, Chong C-S, Ng L-C, Tan C-H. *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse): a potential vector of Zika virus in Singapore. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(8).
10. Rey JR, Lounibos P. Ecology of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* in the Americas and disease transmission. *Biomedica.* 2015;35(2):177-85.
11. Mansuy JM, Dutertre M, Mengelle C, et al. Zika virus: high infectious viral load in semen, a new sexually transmitted

- pathogen? *Lancet Infect Dis.* 2016;16:405.
12. Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lormeau VM. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(2):359-61.
13. Foy BD, Kobylinski KC, Chilson Foy JL, et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis.* 2011;17(5):880-2.
14. Venturi G, Zammarchi L, Fortuna C, et al. An autochthonous case of Zika due to possible sexual transmission, Florence, Italy, 2014. *Euro Surveill.* 2016;21:30148.
15. Cauchemez M, Dub T, Guillemette-Artur P, et al. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013–2015: a retrospective study. *Lancet.* Published online March 15, 2016.
16. Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika virus associated with microcephaly. *N Engl J Med*

- 2016;374:951–8.
17. Oehler E, Watrin L, Larre P, et al. Zika virus infection complicated by Guillain-Barre syndrome—case report, French Polynesia, December 2013. *Euro Surveill.* 2014;19(9).
18. Lucientes-Curdi J, Molina-Moreno R, Amela-Heras C et al. Dispersion of *Aedes albopictus* in the Spanish Mediterranean Area. *Eur J Public Health.* 2014;24(4):637-40.
19. Oduyebo T, Petersen EE, Rasmussen SA, et al. Update: interim guidelines for health care providers caring for pregnant women and women of reproductive age with possible Zika virus exposure—United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65:122–7.
20. Oster AM, Brooks JT, Stryker JE, et al. Interim guidelines for prevention of sexual transmission of Zika virus—United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65:120–1.

La gestió de malalties relacionades amb el treball

Metges d'atenció primària, metges del treball i de les mútues d'accident de treball van debatre l'abordatge de les malalties relacionades amb el treball que s'atenen a la xarxa sanitària pública. BUTLLETÍ MÈDIC publica un resum de l'intercanvi de punts de vista sobre com millorar la gestió dels casos que tenen l'origen en el treball i quines figures estan implicades en el procés.

En les properes pàgines trobareu un resum del paper de l'atenció primària en la salut laboral, què són i com funcionen les Unitats de Salut Laboral, els serveis de prevenció propis i aliens, la gestió i el control dels processos d'incapacitat temporal en els primers 365 dies i les funcions de l'ICAM.





El papel de la Atención Primaria

La Atención Primaria cumple dos premisas muy importantes en la salud laboral. Son las siguientes:

• Es la puerta de entrada al sistema sanitario. Así, en muchas ocasiones, el médico de familia será el primer contacto que el trabajador enfermo tendrá con el mundo sanitario. Su adecuada actuación será clave en el éxito de dicha gestión.

• El médico de familia va a tener un conocimiento y control de la salud del paciente transversal y, sobre todo, longitudinalmente. Esto es relevante porque, en algunas enfermedades profesionales, las manifestaciones clínicas se producen de forma diferida en el tiempo, incluso cuando el paciente ya ha dejado de desempeñar la actividad laboral desencadenante del proceso.

La actuación del médico de familia tendría que ir encaminada a 6 puntos básicos:

1 Sospechar que la patología por la que el paciente acude a la consulta es de origen laboral. En ocasiones, la relación causal es clara (por ejemplo, patología respiratoria en pacientes con actividad laboral en la minería), pero en otros casos la enfermedad profesional se presenta como una enfermedad común o con síntomas inespecíficos y será la etiología la que nos hará sospechar que sea laboral.

En este punto de la sospecha es muy importante la historia clínica. Actualmente se trabaja de manera informatizada mediante la estación clínica de trabajo en atención primaria (ECAP), pero tiene carencias en el registro de los aspectos laborales de nuestros pacientes. Sería deseable, y

es un punto a trabajar y mejorar, integrar los resultados de las revisiones laborales de nuestros pacientes, exposiciones laborales peligrosas, así como aquellos episodios patológicos relacionados con el mundo laboral.

Sería bueno poder trabajar con una historia clínica única, que permita a todos los agentes que intervienen sobre el paciente un acceso modulado en función de los requerimientos de cada proceso y los permisos de acceso otorgados a cada uno.

2 Indagar las actividades que desarrollaba nuestro trabajador enfermo para poder correlacionar su etiología laboral.

Aquí es muy importante el grado de formación en salud laboral de los médicos de familia, aspecto en el que se ha profundizado poco en nuestra formación pregrado y postgrado. Actualmente, el Institut Català de la Salut (ICS) tiene una red de referentes de incapacidad temporal (IT), uno por centro de atención primaria (CAP), que tienen un mayor conocimiento sobre asuntos laborales, fundamentalmente en aspectos técnicos en la gestión de la IT. También en algunas unidades docentes se facilita la rotación de los MIR de medicina de familia en las unidades de salud laboral o en el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

Son deseables mayores recursos formativos que favorezcan una gestión más eficiente.

3 Estudiar, diagnosticar, tratar y derivar adecuadamente, si es necesario, al

En algunas enfermedades profesionales, las manifestaciones clínicas se producen de forma diferida en el tiempo

trabajador.

Este es el papel más inherente del médico de familia, pero es necesario que, una vez valorado el paciente, sea derivado convenientemente, bien al segundo nivel, para profundizar en el estudio, diagnóstico y tratamiento a un nivel más especializado, bien a la mutua laboral, en caso de un accidente laboral o patología laboral claramente establecida, bien a la unidad de salud laboral, para correlacionar la etiología laboral como unidad de apoyo especializada en el mundo laboral.

4 Una vez que tengamos estudiado, diagnosticado y tratado al paciente y etiquetada su correlación con la etiología laboral, proponer a la Inspección-ICAM la determinación de contingencia si es necesario

5 Informar al paciente sobre su enfermedad, la normativa que la regula y las peculiaridades de la misma. Esta labor es muy importante en la relación médico-paciente y precisa también de una formación adecuada en aspectos laborales por parte del médico de familia.

6 Consultar con la Unidad de Salud Laboral, ICAM, Mutuas y Servicios de Prevención de las empresas.

Es fundamental esta interacción con los diferentes agentes implicados en la salud laboral de nuestros pacientes. Hoy en día puede realizarse por diferentes medios que agilizan esta acción consultiva: por vía telefónica, correo electrónico e incluso se está trabajando en hacerlo telemáticamente a través de historia clínica.

Dr José María Palacín Peruga
Médico de familia. Director Unidad Gestión Asistencial Lleida Ciutat Centre. Àmbit Atenció Primària. Gerència Territorial de Lleida Institut Català de la Salut

Les Unitats de Salut Laboral

Les Unitats de Salut Laboral són un recurs sanitari de suport i assessorament dels problemes de salut laboral i són el referent en la Xarxa Sanitària Pública catalana. S'ocupen de la detecció de les malalties relacionades amb el treball (MRT) i les inclouen en el registre epidemiològic amb l'objectiu de realitzar-ne la vigilància. A més, tutel·len la gestió del cas i hi donen el suport necessari, gestió que transcorre entre el sistema sanitari públic i el sistema propi de la salut laboral. Cal situar aquesta gestió en un entorn de condicionants diversos que excedeix amb escreix l'àmbit clínic i assistencial.

Coordinar els diferents agents de la salut laboral és imprescindible i l'experiència així ho demostra. Cal ampliar el coneixement de cada recurs sanitari, fomentar la sinergia en les accions del procés assistencial i promoure la millora de les activitats sanitàries dels serveis de prevenció de riscos laborals



Les USL s'ocupen de les malalties relacionades amb el treball (MRT)

A més, tutel·len la gestió del cas entre el sistema sanitari públic i el sistema propi de la salut laboral

de les empreses, tot incloent el seu treball en l'estratègia de salut laboral.

La USL de Lleida ha fet un pas endavant en aquesta línia estratègica amb la idea que la clau d'una gestió adient rau en la millora de la identificació. El Departament de Salut aposta per incloure en aquest suport els metges del treball dels serveis de prevenció de les empreses. Estudiar millor les malalties relacionades amb el treball i identificar la relació de les causes de la malaltia amb els riscos del treball.

La llei de salut pública de Catalunya (LSP) estableix, en el seu preàmbul, que la salut pública és el conjunt d'actuacions dels poders públics i de la societat per protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública.

La LSP defineix la salut

laboral com el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis de salut destinats a vigilar, promocionar i protegir la salut individual i col·lectiva dels treballadors, i subratlla que es duran a terme coordinant-se i cooperant amb els altres organismes relacionats amb la salut al lloc de treball.

En el capítol IV s'estableixen les actuacions en salut laboral que es duran a terme a través de l'ASPCAT.

<http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3260/tl99in.pdf>

El repte que tenim al davant és el treball desenvolupat en un entorn i una vida laboral saludables. El Departament de Salut té clar que la salut laboral és una àrea especialment estratègica i el catàleg és la forma del compromís per garantir-ho

En els serveis assistencials, l'explicitació de les activitats i serveis que s'ofereixen és una tasca induïda per la demanda i fàcilment explicada per la resposta a l'atenció de la malaltia i els aspectes relacionats amb el seu tractament.

En el cas de la salut pública això és diferent. Les tasques de salut pública poden esdevenir fàcilment invisibles als ciutadans. La definició d'aquestes tasques per part del responsable de la prestació pública és molt necessària i és el producte del coneixement epidemiològic i de les intervencions d'eficàcia provada.

La salut laboral participa d'ambdues característiques i disposa del seu sistema assistencial propi, les mútues d'accidents de treball i malalties professionals, i del seu sistema de prevenció propi, els serveis de prevenció de riscos laborals on es desenvolupa la medicina del treball, que vigila la salut dels treballadors, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut.

La xarxa d'USL de Catalunya ho concreta en les línies bàsiques de serveis següents:

- Assessorament, suport i formació en matèria de salut laboral als professionals sanitaris del sistema sanitari públic
- Vigilància epidemiològica de les malalties relacionades amb el treball
- Vigilància postocupacional de la salut dels treballadors
- Suport als professionals sanitaris dels SPRL

A més de

- Divulgació, comunicació de les dades relacionades amb la salut laboral
- Informació, coordinació, cooperació, col·laboració i enllaç amb els diferents agents
- Docència, recerca

Dr. Montserrat Puiggené Vallverdú
Responsable Unitat Salut Laboral Regió Sanitària Lleida Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Els serveis de prevenció

Els Serveis de Prevenció (SP) es creen per l'aplicació de la directiva europea 89/391 de promoció i salut laboral al nostre país. Les activitats a desenvolupar estan regulades per tres disposicions principals: la Llei de Prevenció de Riscos Laborals 31/1995 i la Llei 54/2003 que la modifica; el Reglament dels Serveis de Prevenció RD 39/1997 i RD 780/1998, RD 298/2009 i RD 337/2010 que el modifiquen, i els criteris bàsics d'organització de recursos d'activitats sanitàries dels Serveis de Prevenció RD 843/2011. Aquests serveis de prevenció han de fer-se càrrec del desenvolupament de quatre disciplines en relació amb la prevenció: la seguretat en el treball, la higiene industrial, l'ergonomia i la psicologia aplicada i la medicina del treball.

Totes les empreses estan obligades a complir amb els requisits que marca la legislació en qüestions de seguretat i salut laboral, però, en funció de les seves característiques, es poden acollir a diferents modalitats preventives. En cas d'empreses de menys de sis treballadors, pot fer-se'n càrrec el mateix empresari; un altre supòsit és que l'empresari designi un o més treballadors per desenvolupar aquestes tasques i, finalment, el més habitual és que es dugui a terme mitjançant els serveis de prevenció, que poden ser de tres tipus: SP propi, SP mancomunat i SP aliè.

Els serveis de prevenció propis (SPP) s'han de constituir en cas d'empreses amb més de 500 treballadors, d'empreses amb un nombre de treballadors d'entre 250 i 300 que desenvolupin activitats especialment perilloses, tal com recull la llei de prevenció de riscos laborals en el seu annex I, i altres empreses on, a causa de la perillositat de la seva activitat o alta sinistralitat, ho decideixi l'autoritat laboral, sempre que l'empresa no ho hagi concertat amb un servei de prevenció aliè (SPA).

Els SPP han de constituir dins de l'empresa una unitat organitzativa específica i els seus integrants han de dedicar-se exclusivament a activitats preventives, han de disposar de les instal·lacions, recursos humans i materials necessaris per dur a terme les activitats pròpies de l'SP, han de comptar com a mínim amb dues especialitats i les altres dues poden estar concertades amb un o més serveis de prevenció aliens, amb els quals treballaran de forma coordinada en el disseny dels llocs de treball, identificació i avaluació de riscos, plans de prevenció i plans de formació. En cas que l'empresa assumeixi la vigilància de la salut, ha de comptar amb l'estructura i els mitjans adequats a les característiques pròpies de la seva activitat i garantir la confidencialitat de dades. En

Totes les empreses estan obligades a complir els requisits legals, però hi ha diferents modalitats preventives en seguretat i salut laboral: els serveis de prevenció propis, els mancomunats i els aliens

cas que l'empresa tingui diferents centres de treball, s'ha de tenir en compte a l'hora d'ubicar el servei de prevenció propi per donar un adequat servei a tots els centres. L'empresa elaborarà anualment la memòria i la programació anual de les activitats preventives, i aquests documents estaran a disposició del l'au-

toritat laboral, sanitària i del comitè de seguretat i salut laboral de l'empresa.

Els serveis de prevenció mancomunats (SPM) es poden constituir en empreses que desenvolupin simultàniament activitats dins d'un mateix edifici o centre comercial, empreses del mateix sector productiu, d'un mateix grup empresarial o d'un mateix polígon industrial. Aquests serveis de prevenció tenen la consideració de serveis de prevenció de cadascuna de les empreses que els han constituït i han de tenir com a mínim tres de les disciplines. La seva activitat preventiva queda limitada a les empreses participants, han de tenir a disposició de l'autoritat laboral i sanitària la informació relativa a cadascuna de les empreses que els constitueixen i elaboraran per a cada una l'avaluació de riscos, els plans de protecció i de formació, la memòria i la planificació anual segons les seves característiques i riscos.

I la darrera modalitat de servei de prevenció és el servei de prevenció aliè (SPA). Es tracta d'entitats que donen servei a l'empresari, en el cas que la designació d'un o més treballadors sigui insuficient per dur a terme les tasques de prevenció; en empreses que no esti-



guin obligades a constituir un servei de prevenció propi i, en aquelles que hagin assumit a través d'un SPP una part i no la totalitat de l'activitat preventiva. Els SPA han d'oferir a l'empresari les quatre especialitats. Per tant, caldrà que tinguin les instal·lacions, personal i equips necessaris per dur a terme l'activitat, i l'únic vincle que podran tenir amb l'empresa és el d'actuar en qüestions de prevenció.

La medicina del treball

Les funcions pròpies de la medicina del treball són la promoció de la salut, la prevenció, la vigilància de la salut, l'assistència urgent i la formació/gestió/investigació. La unitat bàsica de salut (UBS) està formada per un metge i un infermer/a especialitzats en medicina del treball. La UBS es pot fer càrrec de la vigilància de la salut de 2.000 treballadors

Les activitats de la UBS comporten:

- Assessorament en medicina del treball MT i formació en MT: dret dels treballadors orientat al risc laboral (primers auxilis, mobilització de malats, manipulació d'aliments...).
- Informes de compatibilitat d'em-

baràs/lactància/menors/sensibles. Investigació de malalties professionals (obligació de l'empresari).

- Comunicació de sospites de malalties professionals.

Promoció de la salut, o sigui, capacitar les persones perquè puguin controlar i millorar el seu propi estat de salut, tant individual com col·lectiu.

La vigilància de la salut és el conjunt d'activitats sanitàries orientades a la prevenció de riscos laborals individuals i col·lectius amb l'objectiu de detectar al més aviat possible els danys produïts per un risc. La finalitat és proposar les mesures preventives adequades, comprendre millor l'impacte del treball sobre la salut dels treballadors i generar informació que orienti la presa de decisions per millorar les condicions del treball.

La vigilància de la salut individual es basa especialment en la realització dels exàmens de salut (RML) per detectar ràpidament les alteracions de la salut dels treballadors, poder relacionar-les amb el risc i així adaptar la tasca a l'individu. La llei de prevenció de riscos laborals en el seu article 22 estableix que és responsabilitat de l'empresari garantir la vigilància periòdica de l'estat de salut dels seus treballadors segons els riscos inherents al treball. Aquesta vigilància ha de ser específica, en funció del risc i les característiques personals de cada treballador, voluntària, confidencial, restringida i periòdica.

Segons l'article 37 del reglament dels serveis de prevenció, la vigilància de la salut inclou una avaluació de la salut dels treballadors inicial, una avaluació de la salut dels treballadors que reprenguin el treball després d'una absència prolongada per motius de salut, i una vigilància en intervals periòdics. Els resultats d'aquesta vigilància seran comunicats als treballadors implicats, les dades obtingudes no podran ser utilitzades amb finalitat discriminatòria ni en perjudici del treballador, i l'empresari i les persones o òrgans amb responsabilitats en matèria de prevenció seran informats de les conclusions que es derivin dels reconeixements efectuats.

La vigilància de la salut col·lectiva es basa en la capacitat per detectar les tendències dels problemes de salut en les poblacions de treballadors i proposar intervencions preventives. Les seves eines són les pròpies de l'epidemiologia laboral, estudiant els accidents i les malalties professionals o relacionades amb el treball i la valoració dels resultats dels reconeixements mèdics

Dra. Laura Mòdol Vilalta
Metgessa especialista en
Medicina del Treball.
MC Prevenció.

Dra. M. Teresa Miró Melcior
Metgessa especialista en
Medicina del Treball.

Servei de Prevenció Mancomunat
Endesa de les UBS Lleida i Tarragona.



L'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques

L'ICAM és un organisme avaluador no assistencial. Està integrat orgànicament a la Secretaria General de Salut Pública del Departament de Salut. Duu a terme la majoria de les actuacions d'inspecció i avaluació mèdica que es produeixen en l'àmbit del Departament de Salut. Les seves principals funcions són l'avaluació del correcte ús de les prestacions de la Seguretat Social i el suport i l'assessorament als metges del servei públic de salut en les tasques que els són pròpies, relacionades amb les incapacitats laborals.

L'ICAM presenta una característica singular que el diferencia d'altres organismes que existeixen a la resta de l'Estat amb característiques similars, ja siguin d'adscripció ministerial o autonòmica. L'ICAM assumeix les competències inspectores que pertoqueix als Serveis d'Inspecció Sanitària dels respectius departaments de salut i, a més a més, les dels Equips de Valoració d'Incapacitats del Ministeri de Treball, les quals, per tant, a Catalunya es fusionen en la figura del metge avaluador.

La missió de l'ICAM és la de realitzar l'avaluació i el seguiment dels processos mèdics i sanitaris corresponents a les prestacions del sistema de Seguretat Social en matèria d'incapacitats laborals, dictaminar sobre l'adequació de les actuacions sanitàries del sistema sanitari públic en el marc del procediment de responsabilitat patrimonial i realitzar múltiples funcions d'avaluació mèdica, peritatge, arbitratge, assessorament i informe. És el servei mèdic d'inspecció en matèria de les incapacitats laborals a Catalunya.

Aquesta missió es tradueix, a la pràctica, en actuacions de diversos tipus. Les més remarcables són:

- Avaluació, control i inspecció de la Incapacitat Temporal (IT) a petició d'entitats gestores (INSS, mútues col·laboradores de la Seguretat Social i empreses autoasseguradores), metges d'atenció primària, empreses (empresa on treballa la persona en IT), administracions de la Generalitat i estatals, i en determinats casos, d'ofici.
- Elaboració de dictamen en casos de determinació de la contingència, en col·laboració amb altres òrgans de l'administració, previ a la resolució definitiva de l'INSS.
- Prestació de suport i assessorament als metges d'atenció primària en processos d'IT o en altres derivats de l'ús, per part dels seus pacients, de les diferents prestacions d'invalidesa.
- Realització de l'avaluació i informe pel que fa a expedients d'incapacitat permanent (sol·licituds, revisions de grau, jubilació per incapacitats de funcionaris i d'incapacitat permanent derivades de l'aplicació dels convenis internacionals que té l'estat espanyol amb altres estats).

• Avaluació com a centre arbitral de l'aptitud per a l'obtenció de permisos per a la tinença d'armes, a petició del Ministeri d'Interior (Guàrdia Civil).

• Avaluació com a centre arbitral de l'aptitud per a la conducció de vehicles, i per tant, per a l'obtenció o renovació dels diferents permisos de conducció a petició de la Direcció General de Trànsit (DGT).

• Valoració de seqüeles derivades d'accidents de treball o malalties professionals.

• Avaluació en expedients per a la prestació de risc durant l'embaràs i lactància.

• Avaluació de la capacitat laboral en expedients de supervivència (pensions d'orfenesa).

• Avaluació en expedients de pas a segona activitat de funcionaris que



tenen reconeguda aquesta possibilitat (Mossos d'Esquadra i bombers).

• Avaluació en expedients de reclamació patrimonial relacionats amb la pràctica professional en el Servei Públic de Salut.

• Participació com a vocals en les respectives Comissions d'Avaluació d'Incapacitats Laborals (CEI) de l'INSS, a cada una de les seves direccions provincials.

• Tasques d'assessorament i informe per al Departament de Salut.

• Tasques de formació a metges d'atenció primària, metges residents de medicina familiar i comunitària i de medicina del treball en diversos aspectes de les prestacions de la Seguretat Social i en altres tasques que els són pròpies i que poden afectar la seva pràctica professional diària.

Actualment, l'organització de la nostra feina diària es basa en agendes predeterminades i parametrizades. La citació dels pacients, en la majoria de casos, depèn directament de les entitats gestores. En expedients a l'entorn de la IT, fonamentalment de l'INSS. Això, per tant, es fa independentment de quina sigui la causa de la IT (el peticionari la desconeix), i doncs, de quin sigui l'estat del pacient o l'evolució de la causa de la incapacitat en aquell moment. Així, en el moment de la citació es desconeix si el treballador es troba hospitalitzat, està en rehabilitació, en quina fase de tractament es troba, o si està pendent d'una prova complementària o fins i tot de si es troba impedit per desplaçar-se.

La nostra avaluació la fem al i des del nostre despatx-consulta per mitjà d'anamnesi, exploració física i presa en consideració de la documentació mèdica que ens aporta el mateix tre-

ballador, o les entitats gestores de la seva incapacitat. Consultem les proves complementàries i informes que hi ha al nostre abast a Història Clínica Compartida a Catalunya (HC3), i, en cas d'informació insuficient, en demanem als metges de l'SPS i especialistes del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). També tenim la possibilitat de demanar informe pericial als nostres consultors mèdics (habilitats mitjançant concurs públic) i a altres agents, com les Unitats de Salut Laboral (USL).

Des del RD 625/2014, i des de l'aplicació de la Llei de Mútues, de l'1 de gener del 2015, tenim accés parcial per via telemàtica al seguiment per atenció primària del procés mèdic causant de la baixa laboral.

Oportunitats i propostes de futur

L'avaluació de la incapacitat laboral és una tasca complexa. Com en qualsevol altre procés que afecta la salut de les persones, l'afecten i la condicionen una multitud de factors, com els relacionats amb la vivència individual de la malaltia i la pròpia problemàtica laboral, social i/o econòmica.

Tot això fa que ens plantejem la necessitat d'un nou model d'actuació en la gestió de la IT, basat en la cooperació i la coordinació dels esforços dels diferents agents que intervenen en un procés de malaltia i baixa laboral per incapacitat temporal, amb la finalitat de tenir una visió global i integradora del malalt i de la seva situació.

Des d'aquest punt de vista, i d'acord amb el propòsit de la Secretaria de Salut Pública en matèria de salut laboral i el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP), s'obren noves línies estratègiques d'actuació que facilitaràn

L'ICAM avalua el correcte ús de les prestacions de la Seguretat Social

També dona suport i assessorament als metges en incapacitats laborals

Està integrat a la Secretaria General de Salut Pública

la necessària cooperació, informació i col·laboració, de manera eficient i empàtica, entre tots els agents implicats, i que garanteixen al treballador un entorn de treball saludable i un accés adequat a les diferents prestacions al seu abast en matèria laboral.

Hem de canviar la situació actual, en què les actuacions de cada un de nosaltres (metges d'atenció primària, metges d'atenció especialitzada, metges de mútues col·laboradores de Seguretat Social, Unitats de Salut Laboral, serveis de prevenció d'empreses i ICAM) en el treballador malalt es caracteritzen per la seva individualitat i desconexió de les dels altres, amb l'objectiu d'aconseguir, de manera progressiva, una coordinació efectiva de tots que permeti l'ús i l'aprofitament compartit de la informació

i dels coneixements individuals, en part gràcies a la interrelació que l'ús de les noves tecnologies ens permet en l'actualitat, cosa que revertirà positivament en benefici del malalt.

Aquesta unió posa els fonaments d'un nou escenari que ens permet un nou enfocament més decidit cap a la salut integral dels treballadors. Aquest nou model de treball ha d'aportar més capacitat d'actuació en la prevenció de les malalties i accidents de treball, en l'adaptació de llocs de treball per a treballadors especialment sensibles, en la promoció de comportaments i actituds saludables dins i fora de les empreses, i en el control del bon ús de les prestacions d'incapacitat.

La coordinació efectiva i empàtica dels diferents organismes implicats pot permetre tot d'avantatges, com ara:

- Evitar desplaçaments innecessaris a pacients malalts que es troben en situació d'IT per al seu control i avaluació a petició de l'entitat gestora.
- Racionalització de la realització de proves complementàries amb la possibilitat que la mútua en qüestió (MATMPSS) les avanci, cosa que farà que, entre tots, contribuïm a la millora de la situació de les llistes d'espera.
- Evitar empijorar la, per si mateixa, desmesurada tasca burocràtica a atenció primària i especialitzada, amb la petició d'informes a demanda dels pacients. Això possibilitarà que el temps que s'hi inverteix es pugui dedicar a la cura del malalt.
- Campanyes de conscienciació i sensibilització en hàbits saludables i l'ús correcte de les prestacions.
- Detecció precoç de problemes de salut que poden ser tractats de manera proactiva per evitar-ne la progressió.

• Mecanismes de flexibilització i ajut en determinades circumstàncies que possibilitin reincorporacions laborals parcials i/o adaptacions temporals del lloc de treball.

• Informació sobre descripcions del lloc de treball, tant per a la valoració de treballadors malalts com per a situacions de determinació de contingències.

Tenim ara l'oportunitat que aquests canvis es facin realitat i, a la vegada, possibilitin la millora de la salut dels treballadors, que es contribueixi a la sostenibilitat del sistema de prestacions de la Seguretat Social i al progrés del sistema sanitari, i que s'augmenti la satisfacció de tots els agents que intervenen en la salut laboral i en el servei públic de salut.

Evolució de les institucions amb competència inspectora a Catalunya fins a l'actualitat:

1. Transferència de les competències en matèria de sanitat de l'Institut Nacional de la Salut (Insalud) i de l'Institut de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a la Generalitat de Catalunya l'any 1981.

2. Creació de les Unitats de Valoració Mèdica d'Incapacitats (UVAMI) per mitjà del Reial Decret 2609/1982.

3. Creació del Centre de Reconeixement i Avaluacions Mèdiques (CRAM) adscrit a l'ICS l'any 1991. S'assumeixen en un sol organisme les funcions tant d'avaluació de les incapacitats laborals de les antigues UVAMI com d'inspecció sanitària en el control del correcte ús de la prestació d'incapacitat temporal (IT).

4. Creació, l'any 2002, mitjançant la Llei 31/2002, del 30 de desembre, de mesures fiscals i administratives de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). Aquest organisme neix com a ens autònom per a la gestió d'incapacitats laborals, i assumeix la responsabilitat de la inspecció mèdica tant del servei públic de salut com de l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).

5. L'ICAM va deixar de ser organisme autònom i va passar a ser una Subdirecció General de la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut per mitjà de la Llei 2/2014, del 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic, situació que s'ha mantingut fins a l'actualitat.

Valors corporatius que regeixen l'activitat de l'ICAM:

- Confiança
- Cooperació
- Ètica professional
- Imparcialitat
- Objectivitat
- Independència
- Professionalitat
- Pluralitat
- Transparència

Dra. Carolina Infante Serrat
 Cap de Servei de l'Institut Català
 d'Avaluacions Mèdiques de Lleida
Dr. Josep Pujol Artal
 Metge avaluador ICAM

Gestió i control dels processos per incapacitat temporal en els primers 365 dies

El 21 de juliol de 2014 es va publicar al BOE el Reial Decret 625/2014, de 18 de juliol, pel qual es regulen determinats aspectes de la gestió i el control dels processos per incapacitat temporal en els primers 365 dies. Amb la voluntat de fer un breu resum de les principals novetats del Reial Decret, passem a relatar els següents punts:

1. Declaracions mèdiques de baixa i de confirmació de baixa en els processos d'incapacitat temporal de contingències comunes i professionals.

S'ha fet un nou pas tècnic en l'estimació teòrica de la durada d'una situació d'incapacitat temporal, que té en compte només la patologia del treballador, la seva edat i la seva ocupació. Es pretén així dotar el facultatiu d'una eina de suport tècnic fonamentada en l'anàlisi d'àmplies bases de dades i en l'experiència de professionals experts en la matèria que l'orientin en la seva decisió.

El coneixement del codi nacional d'ocupació, a través dels informes mèdics d'incapacitat temporal que transmeten els Serveis Públics de Salut, suposa un avanç en el coneixement del comportament d'aquesta prestació econòmica, que permetrà la comparació de dades a escala internacional.

D'altra banda, és important modificar l'anterior model donant l'oportunitat al metge d'Atenció Primària de determinar quan ha de fer un seguiment de la malaltia del pacient, sense condicionar-ho, com ocorre ara, al fet que setmanalment hagi d'expedir un comunicat mèdic de confirmació de baixa.

A totes aquestes finalitats respon l'ementat Reial Decret, el qual estableix com es procedeix a regular també una nova forma d'expedició dels comunicats mèdics de baixa, confirmació i alta, de manera que, mantenint el rigor en la constatació de la malaltia del treballador i la seva incidència en la capacitat per realitzar el seu treball, estalviï tràmits burocràtics i adapti l'expedició dels comunicats mèdics als diferents tipus de patologia que poden patir els treballadors del Sistema de la Seguretat Social.

Per això, s'ha establert un protocol de temporalitat dels actes mèdics de confirmació de la baixa, el qual, sense perjudici que sigui el criteri mèdic del facultatiu que emet el comunicat el que

assigni el termini benvolgut de durada del procés, facilita al metge uns terminis orientatius que es basen en el diagnòstic, l'ocupació i l'edat del treballador. Aquests protocols es materialitzen en unes taules tipificades per als diferents processos patològics i la seva incidència en les activitats laborals.

2. Informes mèdics complementaris

En els processos d'incapacitat temporal, quan la gestió correspongui al Servei Públic de Salut i la seva durada prevista sigui superior a 30 dies naturals, el segon informe de confirmació de la baixa anirà acompanyat d'un informe mèdic complementari expedid pel facultatiu que hagi estès el comunicat anterior. En els processos previstos amb una durada inferior i que sobrepassin el període benvolgut, aquest informe mèdic complementari haurà d'acompanyar el comuni-



cat de confirmació de la baixa que pugui emetre's, si escau, una vegada superats els 30 dies naturals.

els informes mèdics complementaris s'actualitzaran, necessàriament, amb les dues parts de confirmació de baixa posteriors.

Trimestralment, a comptar des de la

data d'inici de la baixa mèdica, la inspecció mèdica del Servei Públic de Salut o el metge d'Atenció Primària, sota la supervisió de la seva inspecció mèdica, expedirà un informe de control de la incapacitat en el qual haurà de pronunciar-se sobre els aspectes que justifiquin, des del punt de vista mèdic, la necessitat de mantenir el procés d'incapacitat del treballador.

3. Propostes d'alta mèdica formulades per la *MATEPSS en els processos derivats de contingències comunes.

En els processos d'ITCC, quan la gestió correspon a les MATEPSS, aquestes, en vista dels comunicats i informes complementaris o si les seves actuacions de control i seguiment consideren que el treballador pot no estar impedit per al treball, podran formular propostes motivades d'alta mèdica dirigides a les unitats de la Inspecció Mèdica de l'SPS, en les quals el facultatiu justificarà les causes de la proposta, que acompanyarà dels informes i proves que, si escau, s'hagin realitzat.

Les propostes d'alta de les mútues es dirigiran a les unitats d'Inspecció Mèdica del Servei Públic de Salut, que les remetran immediatament als facultatius o serveis mèdics a qui correspongui l'emissió dels comunicats mèdics del procés. Aquests facultatius hauran de pronunciar-se confirmant la baixa mèdica o admetent la proposta, a través de l'expedició del corresponent comunicat

d'alta mèdica.

En el cas que confirmi la baixa, la Inspecció Mèdica traslladarà a la mútua aquest informe, juntament amb l'actuació realitzada, en el termini màxim de cinc dies des de la recepció de la proposta d'alta (durant els sis primers mesos, el termini de cinc dies establert serà d'onze).

Si la inspecció mèdica no rep contestació del Servei Públic de Salut, o si escau discrepar-ne, podrà acordar l'alta mèdica efectiva i immediata. En tot cas, la inspecció comunicarà a la mútua, dins del termini dels cinc dies següents a la data de recepció de la proposta d'alta, l'actuació realitzada juntament amb els informes que el facultatiu hagi remès.

Quan la proposta d'alta formulada per una mútua no estigui resolta i notificada en el termini de cinc dies, la mútua podrà sol·licitar l'alta a l'INSS. L'entitat gestora resoldrà en el termini dels quatre dies següents a la seva recepció (durant els sis mesos primers, els terminis de cinc i quatre dies seran d'onze i vuit dies, respectivament).

4. Seguiment i control de la prestació econòmica i les situacions d'incapacitat temporal. L'INSS, l'ISM i les MATEPSS exerciran el control i el seguiment de la prestació econòmica de l'IT objecte de gestió, i podran realitzar a aquest efecte aquelles activitats que tinguin per objecte comprovar el manteniment dels fets i la situació que va originar el dret al subsidi.

5. Requeriments als treballadors per a reconeixement mèdic.

Les mútues podran disposar que els treballadors que es trobin en situació d'IT siguin reconeguts pels metges que depenen d'aquestes entitats.

La citació a reconeixement mèdic s'haurà de comunicar amb una antelació mínima de quatre dies hàbils. En aquesta citació s'informarà el treballador que, en cas que no acudeixi al reconeixement, es procedirà a suspendre cautelarment la prestació econòmica, i que si la manca de personació no queda justificada en el termini dels deu dies hàbils següents a la data fixada per al reconeixement, es procedirà a l'extinció del dret al subsidi.

Quan el treballador no acudeixi en la data fixada al reconeixement de la mútua, aquesta acordarà la suspensió cautelar del subsidi des del dia següent al fixat per al reconeixement, la qual cosa es comunicarà a l'interessat indicant-li que disposa d'un termini de deu dies hàbils a partir de la data en què es va produir la incompareixença per justificar-la. Si justifica la incompareixença, la mútua dictarà un nou acord i deixarà sense efecte la suspensió cautelar. Si en deu dies no aporta justificació, la mútua acordarà l'extinció des del dia que hagi estat efectiva la suspensió.

Ferran Pellisé Guinjoan
 Direcció de Prestacions i Assessoria
 Jurídica de Prestacions
 Activa Mutua 2008





La manca de consentiment a l'acte quirúrgic com a argument de defensa penal

Comentari a la STS (2a) del 29/10/14

Tots els professionals de la medicina tenen ben après que, prèviament a qualsevol actuació sanitària, cal obtenir el consentiment del pacient, que serà exprés i escrit si es tracta d'una actuació invasiva, especialment si és de tipus quirúrgic. Fins aquí hem recordat la norma general, que haurem de projectar sobre les diverses situacions i circumstàncies que es puguin presentar en el curs de l'activitat professional, que poden ser moltes i variades.

Actualment, i a partir d'una sentència penal, que no qüestiona l'actuació mèdica, sinó la legalitat del procés penal, tenim ocasió d'analitzar el consentiment a l'actuació sanitària des d'un altre vessant en relació amb els següents fets.

Un dia de novembre de 2012, una senyora arribava a l'aeroport de Barcelona procedent de Bogotà (Colòmbia) i en el control policial els agents com-

proven que té unes ferides supureses a la zona mamària. Voluntàriament, se sotmet a un examen radiològic i es visualitza un cos estrany a les pròtesis mamàries que portava, per la qual cosa se'n recomana el trasllat a un centre sanitari per revisar i curar les ferides, fet al qual dona la seva conformitat. Se la sotmet a una intervenció quirúrgica, amb la presència d'una funcionària de la policia al quiròfan, on, per prescripció facultativa, s'extreu el cos estrany de les pròtesi i del qual es fa càrrec la funcionària de policia.

Un cop verificada la naturalesa de la substància extreta, resulta que és cocaïna. En total, 1.068,70 grams. La policia deté la senyora i comença un procés penal en què és declarada culpable d'un delictes contra la salut pública i condemnada a pena de presó.

S'interposa recurs contra la sentència de condemna amb l'argument que la prova que ha servit de base s'ha

obtingut de manera il·lícita, atès que, prèviament a la intervenció, no es va demanar el consentiment a la senyora i s'incomplien així les disposicions de la Llei 41/02, d'Autonomia del Pacient, i es conculcava un dret fonamental de la persona. L'argument del recurs té el seu interès, atès que si la prova és il·lícita no té cap valor, i no pot fonamentar una sentència de condemna.

Cal tenir en compte que la persona condemnada no estava detinguda ni en el moment en què se sotmet a un examen radiològic ni quan és intervinguda quirúrgicament per comprovar l'estat de les pròtesis mamàries. El fet que relata la sentència diuen que "un cop verificada la naturalesa de la substància, es fa la detenció". Per tant, no estava en una situació de relació especial respecte a l'Administració, que comporta una especial subjecció de la persona a l'organització administrativa i que, al mateix temps, obliga l'Admi-

nistració a extremar les mesures de vigilància i les actuacions necessàries per conservar la integritat, la salut i la vida de la persona. En aquest cas, qui és sotmès a una intervenció quirúrgica per a la comprovació de les pròtesis mamàries que portava gaudia íntegrament de la seva llibertat.

En el cas que comentem, la sentència de l'Audiència de Barcelona desestima l'al·legació d'intervenció il·legal entenent que resultava del tot necessària per protegir la salut de la pacient, atès que portava unes bosses a les mames amb una quantitat important de cocaïna que, en qualsevol moment, podia generar una intoxicació greu i posar en perill la salut.

Així, el tribunal d'instància situa l'actuació en les intervencions sanitàries d'urgència, indispensables des del punt de vista mèdic, per mantenir la salut i la vida de la persona, que tant el Conveni de Consell d'Europa sobre

ció, perquè la condemnada estava en condicions de decidir per si mateixa, desestima els arguments del recurs per qüestions estrictament processals i deixa en la perifèria la discussió relacionada amb el consentiment.

Així, en primer lloc, desestima l'al·legació de manca de consentiment, perquè s'ha presentat tard, al final del procés, i amb el suport només de les manifestacions de la mateixa acusada. Considera el TS que una al·legació d'aquesta gravetat, il·legalitat de les proves de càrrec, calia fer-la des del primer moment.

En segon lloc, argumenta que no es poden argumentar presumptes il·legalitats, i aquí repassa les actuacions realitzades des del control de passatgers fins a la intervenció quirúrgica i la detenció, i s'assenyala que l'acusada accedeix voluntàriament a l'examen radiològic i al trasllat a l'hospital.

En la contemplació d'aquest moment, el TS fa un reconeixement explícit de la professionalitat i a la legalitat de les actuacions dels metges, en general, dient: "Es igualmente muy poco verosímil pensar que unos profesionales de la medicina de un hospital público, conocedores de sus obligaciones y con una práctica profesional no incipiente, se lanzasen irresponsablemente a realizar esa intervención sin contar con la anuencia formalizada de la paciente con olvido de las normas elementales para cualquier sanitario. Estaríamos ante una conducta que roza, si no traspasa, las fronteras penales."

També desestima l'argument del recurs perquè l'agent de policia present a la intervenció declara que l'acusada va donar el seu consentiment exprés.

El darrer argument per desestimar el recurs és que ningú, ni la defensa, s'ha preocupat de demanar una còpia de la història clínica de la malalta-acusada per incorporar-la a les actuacions del procés i així poder comprovar l'existència, o no, de consentiment escrit a la intervenció.

Al capdavall, un brillant argument de defensa, basat en la manca de consentiment a la intervenció que contamina la prova de càrrec, queda desmuntat, primer, perquè el tribunal retreu a la defensa que no ha aportat proves, com la història clínica, que podien recolzar els seus arguments, i, en el que ens interessa aquí, perquè és notori i està reconegut per la societat i els mateixos tribunals que els metges en les seves actuacions professionals són fidels complidors de la legalitat i respectuosos amb els drets fonamentals de les persones.

Entenent que el Tribunal Suprem fa un reconeixement explícit de bona pràctica al col·lectiu mèdic, només em resta donar-li l'enhorabona.

J. Corbella i Duch
Doctor en Dret. Advocat

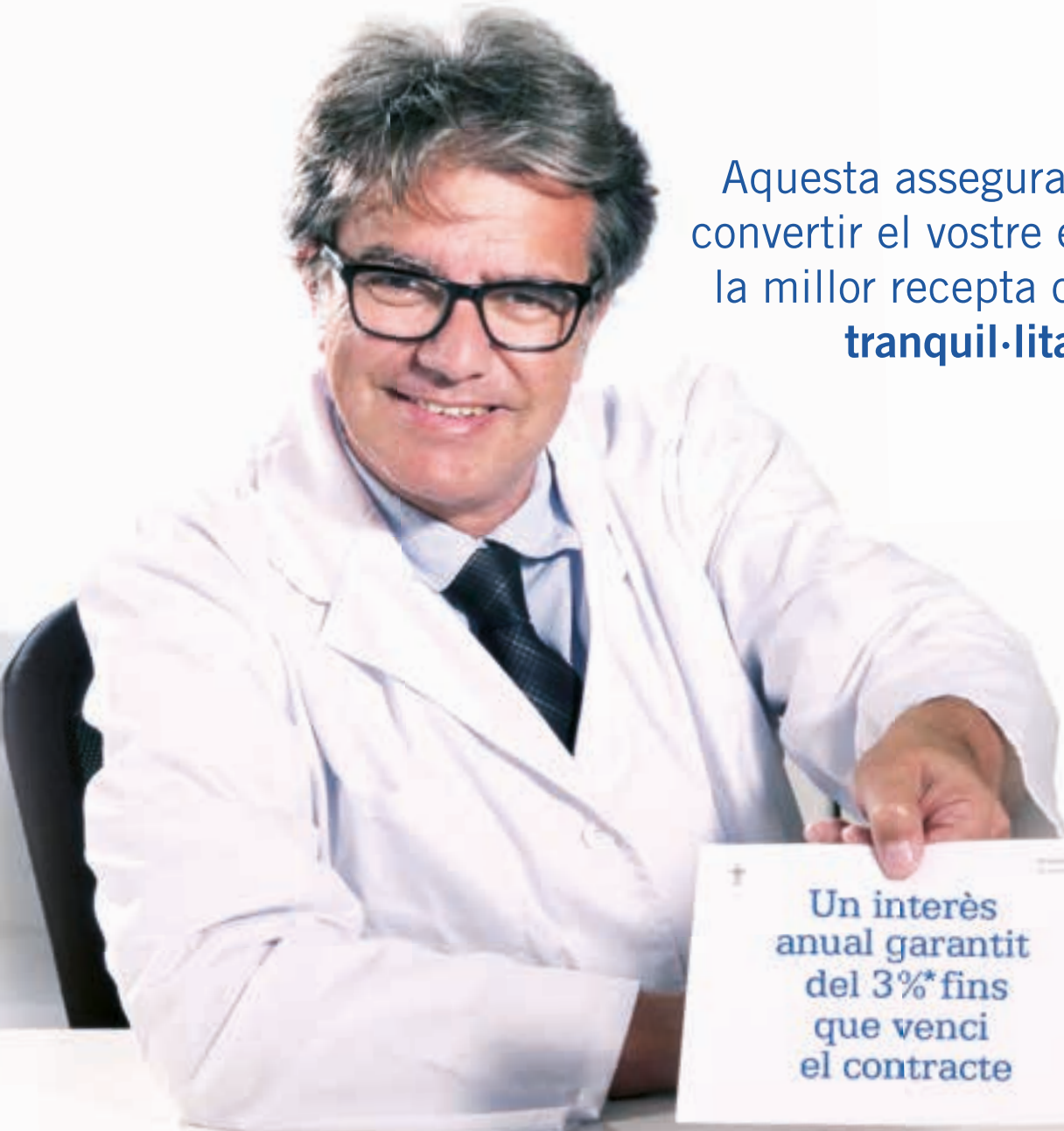
El tribunal va retreure a la defensa que no havia aportat proves, com la història clínica, que podien recolzar els seus arguments

Drets Humans i Biomedicina com la Llei 41/02, d'Autonomia del Pacient, que deriva d'aquest, contempen com a excepcions el consentiment previ a qualsevol intervenció.

Però el Tribunal Suprem, després d'assenyalar que en aquest cas calia el consentiment previ a la interven-

Estalvi Inversió

Aquesta assegurança pot
convertir el vostre estalvi en
la millor recepta de futur:
tranquil·litat



Un interès
anual garantit
del 3%* fins
que venci
el contracte

**Assegurança d'estalvi que garanteix un interès tècnic anual i bonifica
la permanència fins al venciment del contracte.**

L'assegurança Estalvi Inversió us garanteix:

- Un 3%* d'interès tècnic anual garantit fins al venciment del contracte.
- La possibilitat de disposar del capital consolidat, abans del venciment, amb la garantia d'un 1,25 % d'interès tècnic anual.
- Com que és una assegurança d'estalvi, en el moment de cobrar, només tributaran els beneficis obtinguts i ho faran com a rendiments del capital mobiliari, de manera que l'aportació realitzada queda exempta de tributació.

*Interès tècnic anual garantit de l'1,25%; se'n bonifica fins al 3% només si es manté fins al venciment del contracte (30/11/2020).

901 215 216

www.mutualmedica.com



infomutual@mutualmedica.com



[@MutualMedica](https://twitter.com/MutualMedica)



MutualMèdica

la mutualitat dels metges